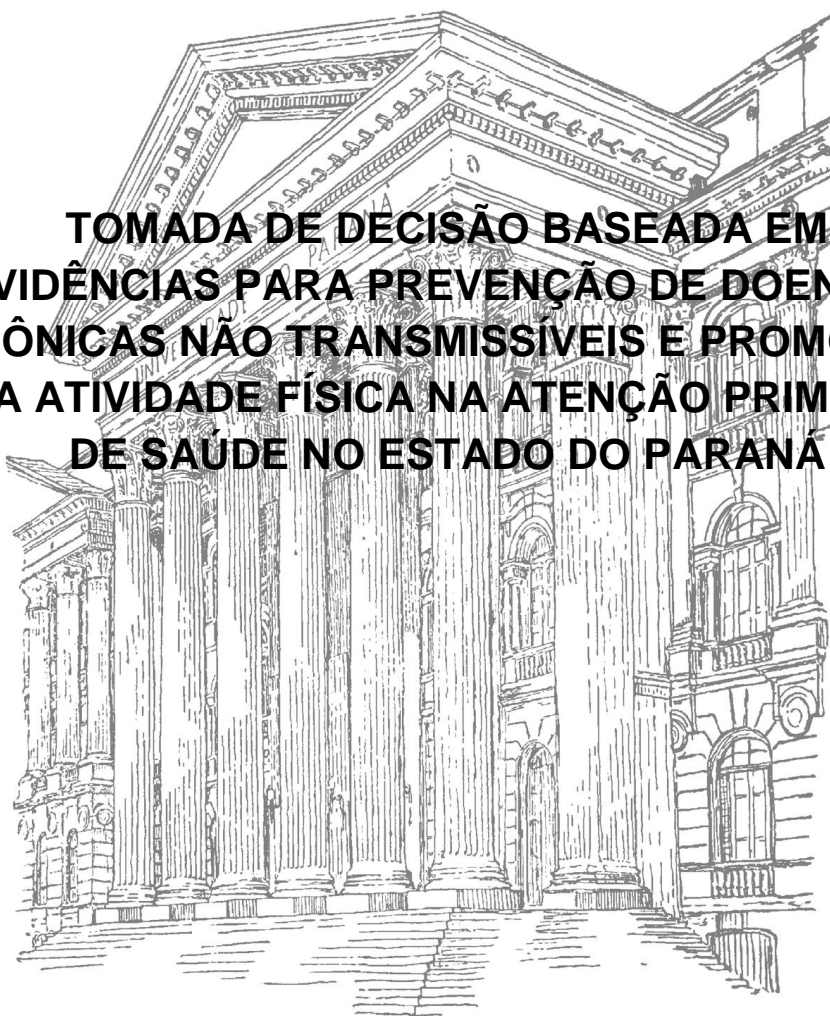


**LEONARDO AUGUSTO BECKER**

**TOMADA DE DECISÃO BASEADA EM  
EVIDÊNCIAS PARA PREVENÇÃO DE DOENÇAS  
CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS E PROMOÇÃO  
DA ATIVIDADE FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA  
DE SAÚDE NO ESTADO DO PARANÁ**



**LEONARDO AUGUSTO BECKER**

**TOMADA DE DECISÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS  
PARA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO  
TRANSMISSÍVEIS E PROMOÇÃO DA ATIVIDADE  
FÍSICA NA ATENÇÃO PRIMÁRIA DE SAÚDE NO  
ESTADO DO PARANÁ**

Dissertação apresentada como requisito parcial para a obtenção do Título de Mestre em Educação Física do Programa de Pós-Graduação em Educação Física, do Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná.

Orientador: Professor Doutor Rodrigo Siqueira Reis

Universidade Federal do Paraná  
Sistema de Bibliotecas

Becker, Leonardo Augusto

Tomada de decisão baseada em evidências para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e promoção da atividade física na atenção primária de saúde no Estado do Paraná. / Leonardo Augusto Becker. – Curitiba, 2016.

133 f.: il. ; 30cm.

Orientador: Rodrigo Siqueira Reis

Dissertação (Mestrado) - Universidade Federal do Paraná, Setor de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Educação Física.

1. Atenção à saúde. 2. Atividade motora. 3. Saúde pública. I. Título II. Reis, Rodrigo Siqueira. III Universidade Federal do Paraná. Setor de Ciências Biológicas. Programa de Pós-Graduação em Educação Física

CDD (20. ed.) 613.7



Ministério da Educação  
UNIVERSIDADE FEDERAL DO PARANÁ  
Setor de Ciências Biológicas  
Programa de Pós-Graduação em Educação Física

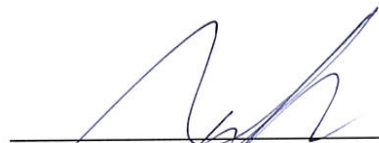


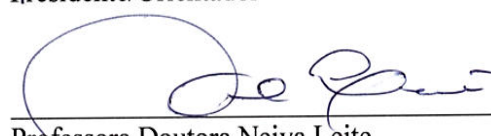
# TERMO DE APROVAÇÃO

**LEONARDO AUGUSTO BECKER**

**“Tomada de decisão baseada em evidências para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e promoção da atividade física na atenção primária de saúde no Estado do Paraná”**

Dissertação aprovada como requisito parcial para obtenção do grau de Mestre em Educação Física, Área de Concentração Exercício e Esporte, Linha de Pesquisa de Atividade Física e Saúde do Programa de Pós-Graduação em Educação Física do Setor de Ciências Biológicas da Universidade Federal do Paraná, pela seguinte Banca Examinadora:

  
\_\_\_\_\_  
Professor Doutor Rodrigo Siqueira Reis  
Presidente/Orientador

  
\_\_\_\_\_  
Professora Doutora Neiva Leite  
Membro Interno

  
\_\_\_\_\_  
Professor Doutor Cassiano Ricardo Rech  
Membro Externo

Curitiba, 19 de Fevereiro de 2016.

## DEDICATÓRIA

Dedico este trabalho para a pessoa mais importante da minha vida, meu pai Cesar Ricardo Becker. Que apesar de todas as dificuldades que a vida o impôs, nunca desistiu, sendo um exemplo de perseverança, dedicação e humildade.

Muito obrigado por tudo.....

## **AGRADECIMENTOS**

Primeiramente agradeço aos meus pais Cesar Ricardo Becker e Mariusa da Cruz Becker por ter me apoiado em todos os momentos da minha vida e pelas oportunidades oferecidas.

Agradeço minha namorada Caroline de Carvalho Silva, por ter auxiliado em todos os momentos no processo de graduação e Pós-Graduação. Nos momentos vitoriosos comemoramos juntos e nas dificuldades soube aconselhar para seguir em frente.

A todos integrantes do projeto Práticas Locais e o uso de Evidências na Prevenção de Doenças crônicas não transmissíveis no Estado do Paraná (Augusto Maynardes, Claudia Oliveira Alberico, Cassiano Ricardo Rech, Juliana Urbanetz, Mathias Roberto Loch, Priscila Romanio, Priscila Bezerra Gonçalves , Rafael Franco e Rodrigo Siqueira Reis) que auxiliaram em todo o processo. Sem vocês não seria possível a conclusão de mais esta etapa.

A todos os membros do Grupo de Pesquisa em Atividade Física e Qualidade de Vida (GPAQ) que contribuíram de alguma forma para minha formação acadêmica e profissional.

Ao meu orientador Doutor Rodrigo Siqueira Reis, que tenho como uma pessoa a ser seguida como pesquisador. Um homem extremamente competente e dedicado que busca o avanço das pesquisas na área de promoção da atividade física.

Ao Programa de Pós-Graduação em Educação Física (PPGEDF), Universidade Federal do Paraná (UFPR), e a todos os professores que contribuíram para minha formação.

A coordenação de Aperfeiçoamento de Pessoal Nível Superior (CAPES) pela bolsa de estudos. A Fundação Araucária por financiar do projeto e a Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUC-PR) por fornecer toda estrutura necessária ao andamento do projeto.

## EPÍGRAFE

“Não é o mais forte que sobrevive, nem o mais inteligente, mas o que melhor se adapta às mudanças”.

Charles Darwin

## RESUMO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão rapidamente se tornando prioridade em saúde pública no Brasil e políticas para sua prevenção e controle tem sido implementadas. Este projeto envolve uma série de estudos tendo a prática de saúde pública baseada em evidências como fundamento para a prevenção e controle das DCNT por meio da atenção primária de saúde. Desse modo, este estudo tem como objetivo analisar o uso de TDBE por Secretários Municipais de Saúde do Estado do Paraná para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e promoção da atividade física. O estudo caracteriza-se como transversal, com uma metodologia quanti-qualitativa, realizado em três etapas. A primeira consistiu em realizar adaptação transcultural do instrumento em gestores de saúde dos municípios presentes nas regionais de saúde do Estado Paraná e caracterizar o perfil, barreiras e facilitadores para o uso de tomada de decisão baseada em evidências. Na segunda etapa, realizou-se uma entrevista semi-estruturada (qualitativa) a partir da revisão da literatura por meio de uma chamada telefônica com 20 presidentes das regionais de saúde, com objetivo de esclarecer as informações obtidas na primeira etapa. A terceira e última etapa foi uma entrevista telefônica (qualitativa), com 27 municípios, indicados pelos presidentes das regionais de saúde que possuíam experiências positivas e negativas para prevenção de DCNTs. Para análise dos dados da etapa 1 foi testada a distribuição de frequência absoluta e relativa das informações sociodemográficas, teste qui-quadrado para heterogeneidade e regressão Logística. Nas etapas 2 e 3 foi realizada análise de conteúdo referente as barreiras, facilitadores e processo de planejamento de programas para prevenção de DCNTs e promoção da atividade física. Os relatos foram inseridos nas categorias de análise e posteriormente quantificados. Dentre os principais achados, foi observado que o uso de TDBE está associado ao acesso de fontes de informação. Os gestores reportaram como as principais barreiras para o uso de TDBE, a falta de qualificação profissional, falta de tempo, financiamento e infraestrutura. Em relação aos facilitadores para TDBE, observou-se que o apoio da Secretaria Estadual de Saúde e Secretaria Municipal de Saúde são importantes para implementação do uso de evidências científicas. Na terceira etapa foi observado, que os gestores possuem dificuldades no processo de planejamento e desenvolvimento de programas para prevenção de DCNTs e AF. Principalmente nas fases de quantificar o problema, uso de evidências científicas e desenvolvimento de plano de ação. foi verificado o baixo uso de evidências científicas. Conclui-se que é baixo o uso de evidências científicas na tomada de decisão para elaboração de programas de prevenção de DCNTs e promoção da atividade física. Sugere-se que os gestores ofereçam capacitação para os profissionais de saúde voltados para o uso e disseminação de evidências científicas.

Palavras-Chave: Atividade Motora, Saúde Pública, Atenção Primária de Saúde, Brasil.



## **ABSTRACT**

The chronic non-communicable diseases (NCDs) are fast becoming a priority in public health in Brazil and policies for their prevention and control has been implemented. This project involves a series of studies with the practice of evidence-based public health as a foundation for the prevention and control of NCDs through the primary health care. Thus, this study aims to analyze the use of TDBE for Municipal Secretaries of Paraná State Health for the prevention of chronic diseases and promoting physical activity. The study is characterized as a cross, with a quantitative and qualitative approach, carried out in three steps. The first is to conduct cross-cultural adaptation of the instrument in health managers present municipalities in regional Paraná state health and characterize the profile, barriers and facilitators to the use of evidence-based decision making. In the second stage, there was a semi-structured interview (qualitative) from the literature review through a phone call with 20 presidents of regional health, in order to clarify the information obtained in the first step. The third and final stage was a telephone interview (qualitative), with 27 municipalities, appointed by presidents of regional health that had positive and negative experiences for the prevention of NCDs. For analysis of the first stage of the data was tested the distribution of absolute and relative frequency of sociodemographic information, chi-square test for heterogeneity and Logistic regression. In steps 2 and 3 was conducted content analysis regarding the barriers, facilitators and process planning programs to prevent NCDs and promoting physical activity. The reports were entered in the categories of analysis and subsequently quantified. The reports were entered in the categories of analysis and subsequently quantified. Among the key findings, it was observed that the use of TDBE is associated with access to information sources. Managers reported as the main barriers to the use of TDBE, lack of professional qualification, lack of time, funding and infrastructure. Regarding facilitators TDBE, it was observed that the support of the Department of Health and Municipal Health are important for implementing the use of scientific evidence. In the third stage it was observed that managers have difficulties in the process of planning and development of programs for prevention of NCDs and AF. Especially in phases to quantify the problem, using scientific evidence and develop action plan. It was found low use of scientific evidence. We conclude that low is the use of scientific evidence in decision making for the development of NCD prevention programs and promoting physical activity. It is suggested that managers provide training for health professionals focused on the use and dissemination of scientific evidence.

Key words: Motor activity , Public Health, Primary Health Care, Brazil

## LISTA DE FIGURAS

FIGURA 1.	PROCESSO PARA DESENVOLVIMENTO DE UM PROGRAMA.....	24
FIGURA 2.	DESENVOLVIMENTO DO PLANO DE AÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO (MODELO LÓGICO).....	28
FIGURA 3.	DOMÍNIOS QUE INFLUENCIAM A TOMADA DE DECISÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS.....	31
FIGURA 4.	DIFERENÇA DO PROCESSO PARA TOMADA DE DECISÃO ENTRE POLÍTICOS E PESQUISADORES.....	33
FIGURA 5.	PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.....	47
FIGURA 6	ETAPAS DO ESTUDO.....	53
FIGURA 7.	REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ.....	54
FIGURA 8.	FLUXOGRAMA PARA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO.....	57
FIGURA 9.	PROCESSO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO (ETAPA 2).....	65
FIGURA 10.	PROCESSO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO (ETAPA 3).....	69
FIGURA 11.	MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARANÁ AVALIADOS NA PRIMEIRA ETAPA DO ESTUDO.....	70
FIGURA 12.	MUNICÍPIOS INDICADOS PELOS PRESIDENTES DAS REGIONAIS DE SAÚDE.....	84
FIGURA 13.	MUNICÍPIOS AVALIADOS NA TERCEIRA ETAPA DO ESTUDO NO ESTADO DO PARANÁ.....	87
FIGURA 14.	PROCESSO DE PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS PARA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NOS MUNICÍPIOS COM BASE NOS RELATOS DOS GESTORES DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARANÁ (N=27;	

2015).....89

FIGURA 15. PROCESSO DE PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E  
IMPLEMENTAÇÃO DOS PROGRAMAS PARA PROMOÇÃO  
DE ATIVIDADE FÍSICA COM BASE NOS RELATOS DOS  
GESTORES DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARANÁ  
(N=27;  
2015).....91

## LISTA DE TABELAS

TABELA 1.	DESCRIÇÃO DOS ARTIGOS SELECIONADOS PARA REVISÃO DE LITERATURA SOBRE SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIA E TOMADA DE DECISÃO BASEADA EM EVIDÊNCIA.....	39
TABELA 2.	CARACTERÍSTICAS DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ, 2014 (N=182).....	71
TABELA 3.	ASSOCIAÇÃO ENTRE O APOIO DA SECRETARIA MUNICIPAL DE SAÚDE PARA TOMADA DE DECISÃO BASEADA EM EVIDÊNCIA 2014 (N=182).....	72
TABELA 4.	ASSOCIAÇÃO ENTRE O APOIO DA SECRETARIA ESTADUAL DE SAÚDE E DO MINISTÉRIO DA SAÚDE PARA TOMADA DE DECISÃO BASEADA EM EVIDÊNCIA 2014 (N=182).....	73
TABELA 5.	ASSOCIAÇÃO ENTRE AS BARREIRAS PARA O USO DE PERIÓDICOS E O USO DE TOMADA DE DECISÃO BASEADA EM EVIDÊNCIA 2014 (N=182).....	74
TABELA 6.	ANÁLISE BRUTA E AJUSTADA DAS VARIÁVEIS ASSOCIADAS COM O USO DE TOMADA DE DECISÃO BASEADA EM EVIDÊNCIA POR GESTORES DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ 2014 (N=182).....	76
TABELA 7.	SÍNTESE DOS RELATOS DOS PRESIDENTES DAS REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ (N=20) (2015).....	85
TABELA 8.	PERFIL DOS GESTORES DE SAÚDE COM EXPERIÊNCIAS POSITIVAS NA PREVENÇÃO DE DCNTS INDICADOS PELOS PRESIDENTES DAS REGIONAIS DE SAÚDE, 2015.....	86
TABELA 9.	PERFIL DOS GESTORES DE SAÚDE COM EXPERIÊNCIAS NEGATIVAS NA PREVENÇÃO DE DCNTS INDICADOS PELOS PRESIDENTES DAS REGIONAIS DE SAÚDE, 2015.....	87

## **LISTA DE SIGLAS E ABREVIATURAS**

ACS	- Agentes Comunitários de Saúde
AF	- Atividade Física
APS	- Atenção Primária de Saúde
CRESEMS	- Conselho Regional de Secretários Municipais de Saúde
COSEMS	- Conselho de Secretários Municipais de Saúde
CONASEMS	- Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde
DCNTs	- Doenças Crônicas Não Transmissíveis
ESF	- Estratégia Saúde da Família
GPAQ	- Grupo de Pesquisa em Atividade Física e Qualidade de vida
IBGE	- Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística
NASF	- Núcleo de Apoio Saúde da Família
PAS	- Programa Academia da Saúde
POF	- Pesquisa de Orçamento Familiares
PNAB	- Política Nacional de Atenção Básica
PNAD	- Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios
PNPS	- Política Nacional de Promoção da Saúde

PSE	- Programa Saúde na Escola
PUCPR	- Pontifícia Universidade Católica do Paraná
PPSUS	- Programa Pesquisa para o Sistema Único de Saúde
RNPS	- Rede Nacional de Promoção da Saúde
SUS	- Sistema Único de Saúde
SMS	- Secretaria Municipal de Saúde
SBPE	- Saúde Pública Baseada em Evidências
TDBE	- Tomadas de Decisão Baseada em Evidências
TCLE	- Termo de Compromisso Livre e Esclarecido
UBS	- Unidade Básica de Saúde
UFPR	- Universidade Federal do Paraná
VIGITEL	- Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico

## SUMÁRIO

<b>1. INTRODUÇÃO</b>	17
1.1 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO	19
1.2 PROBLEMA DE PESQUISA	20
1.3 OBJETIVO GERAL	20
1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS	21
1.5 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO	21
1.6 DEFINIÇÃO CONCEITUAL DE TERMOS	21
<b>2. REVISÃO DA LITERATURA</b>	23
2.1 SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS	23
2.1.1 Conceito de Saúde Pública Baseada em Evidências	23
2.1.2 Etapas da saúde pública baseada em evidências	24
2.1.3 Tipos de evidências em saúde pública	29
2.1.4 Fatores que influenciam o uso de tomada de decisão baseada em evidências	31
2.1.5 Instrumentos para avaliar saúde pública baseada em evidências	34
2.1.6 Tomada de decisão baseada em evidências para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis	34
2.1.7 Barreiras para o uso de tomadas de decisão baseada em evidência	35
2.1.8 Tomada de decisão baseada em evidências para promoção da atividade física	36
2.1.9 Recomendações para o uso de Tomada de Decisão Baseada em Evidências na promoção da Atividade Física	37
2.2 GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL	43
2.2.1 Sistema Único de Saúde	43
2.2.2 Gestão do Sistema Único de Saúde	44
2.2.3 Conselhos de saúde	45
2.2.4 Financiamento do Sistema Único de Saúde	45
2.2.5 Níveis de Atenção do Sistema Único de Saúde	48
2.2.6 Fortalecimento da atenção básica de saúde	49

2.2.7 Políticas públicas para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e promoção da atividade física no sistema único de saúde. ....	49
2.2.8 Intervenções nacionais para promoção da atividade física no sistema único de saúde.....	50
<b>3 MATERIAIS E MÉTODOS.....</b>	<b>52</b>
3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO.....	52
3.2 METODOLOGIA QUANTITATIVA (ETAPA 1).....	54
3.2.1 Seleção dos participantes do estudo.....	54
3.2.2 Critérios de inclusão.....	55
3.2.3 Critérios de exclusão.....	55
3.2.4 Instrumentos da coleta de dados.....	55
3.2.5 Equivalência transcultural do instrumento.....	55
3.2.6 Treinamento dos entrevistadores .....	57
3.2.7 Agendamento da Coleta de dados.....	58
3.2.8 Coleta de dados.....	58
3.2.10 Entrada de dados e conferência dos questionários.....	59
3.2.11 Variáveis do estudo .....	59
3.2.12 Análise estatística .....	61
3.3 METODOLOGIA QUALITATIVA (ETAPA 2) .....	62
3.3.1 Seleção dos participantes .....	62
3.3.2 Desenvolvimento da entrevista .....	62
3.3.3 Agendamento das entrevistas.....	63
3.3.4 Coleta de dados.....	64
3.3.5 Armazenamento dos dados.....	64
3.3.6 Análise de dados .....	64
3.4 METODOLOGIA QUALITATIVA (ETAPA 3).....	66
3.4.1 Seleção dos participantes .....	66
3.4.2 Desenvolvimento da entrevista .....	66
3.4.3 Treinamento dos entrevistadores .....	67



3.4.4 Agendamento das entrevistas.....	67
3.4.5 Coleta de dados.....	67
3.4.6 Armazenamento e análise de dados.....	68
3.4.7 Análise de dados .....	68
3.5 ASPECTOS ÉTICOS .....	69
3.6 FINANCIAMENTO .....	69
<b>4. RESULTADOS .....</b>	<b>70</b>
4.1 RESULTADOS (etapa 1).....	70
4.2 RESULTADOS (etapa 2).....	77
4.3 RESULTADOS (etapa 3).....	86
<b>5. DISCUSSÃO .....</b>	<b>92</b>
<b>6. CONCLUSÃO .....</b>	<b>98</b>
<b>REFERÊNCIAS .....</b>	<b>99</b>
<b>ANEXOS.....</b>	<b>107</b>
<b>APÊNDICES .....</b>	<b>122</b>

## 1. INTRODUÇÃO

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNTs), que incluem as doenças coronarianas, obesidade, hipertensão, diabetes e alguns tipos de câncer, formam um grupo considerado como o principal problema de saúde em todo o mundo. Estima-se que 80% das mortes ocorridas no mundo, são decorrentes das DCNTs, atingindo principalmente países de renda baixa e média (BEAGLEHOLE et al., 2011a; GENEAU et al., 2010; WHO, 2014). No Brasil 74,2% das mortes em 2014 foram decorrentes as DCNTs e seus fatores de risco. No Estado do Paraná a proporção de mortes referente as DCNTs é inferior a media nacional cerca de 57% (VIGITEL, 2014).

O elevado número de mortes decorrentes das DCNTs, possui forte relação com os determinantes sociais, tais como a pobreza, educação inadequada, baixa qualidade no tratamento e prevenção de doenças, falta de políticas para prevenção de DCNTs, alta exposição ao tabaco, consumo excessivo de álcool, alimentação inadequada e inatividade física (GENEAU et al., 2010; WHO, 2014).

Entre os determinantes sociais e precursores da DCNTs, estilo de vida e Atividade Física (AF) tem recebido grande atenção. Tal fato, se deve à inatividade física caracterizar-se como uma “pandemia” que atinge um em cada três adultos (HALLAL et al., 2012), sendo responsável por 5,3 milhões de mortes no mundo (LEE et al., 2012). Tal magnitude torna a inatividade física a quarta principal causa de mortes em todo o mundo (KOHL et al., 2012). Este cenário apresenta impacto considerável para a vida das pessoas e a economia dos países. De fato, entre 1% a 2,6% de todos os gastos em saúde estão relacionados com a inatividade física em países de renda elevada (PRATT et al., 2014).

Dessa maneira, políticas públicas em diversos países tem adotado ações inter-setoriais no contexto político (leis e medidas fiscais), industrial (mudança nos rótulos e redução de sódio em alimentos), educativo (intervenção em escolas), transporte (mobilidade urbana), prática de AF e

agricultura (incentivo ao consumo de alimentos saudáveis) (BEAGLEHOLE et al., 2011b; CECCHINI et al., 2010). De fato, um levantamento realizado em 23 países, identificou que em ao menos 17 destes, incluindo o Brasil, há um plano para prevenção de DCNTs, com ênfase em ações de promoção da AF e da alimentação saudável (ALWAN et al., 2010). A criação dos planos foram desenvolvidos a partir de metas globais estabelecidas a partir da Organização Mundial da Saúde (OMS). Recomendando-o uso das melhores evidências científicas para o processo de Tomada de Decisão Baseada em evidência (TDBE) na elaboração de programas de prevenção de doenças e promoção de saúde. Apesar da criação dos planos, e o avanço na produção de conhecimento na promoção de saúde, pouco tem sido aplicado revertido em melhora nas condições de atendimento a população e na prática profissional. Esse resultado pode estar atrelado ao fato de que menos da metade dos profissionais na área de saúde em todo o mundo, possui formação saúde pública (AMMERMAN et al., 2011).

Nesse sentido a falta de formação específica pode fazer com que decisões sejam tomadas por fatores que muitas vezes não são claramente esclarecidos. Dessa maneira, a fim de melhorar as intervenções em saúde pesquisadores propõem o uso de uma nova abordagem, a “Saúde Pública Baseada em Evidência” (SPBE), que é um conceito pouco explorado por parte dos gestores em saúde pública, bem como, o uso da tomada de decisão baseada em evidência (TDBE). Neste sentido, a TDBE é definida como um processo integrado de intervenções baseado em evidências científicas, com o objetivo de melhorar a saúde da comunidade e população (BROWNSON; FIELDING; MAYLAHN, 2009).

Nos Estados Unidos, os gestores de cidades de grande porte populacional, com elevada escolaridade, que possuem equipe de trabalho qualificada, utilizam guias, e revistas científicas e recebem maior financiamento para prevenção de DCNTs são aqueles que tem maior probabilidade de empregar TDBE. Contudo, ainda é limitado o uso de TDBE em intervenções para a promoção da AF e alimentação saudável (BROWNSON et al., 2014; ELLIOTT et al., 2014; HARRIS et al., 2014).

O baixo uso de TDBE para promoção da AF, pode estar relacionado a diversas barreiras para este processo. Tais barreiras podem ser classificadas

como pessoais e organizacionais. As barreiras pessoais mais reportadas na literatura são: a) acesso a evidências científicas, b) falta de tempo, e c) falta de habilidade para desenvolver um programa baseado em evidências (BROWNSON et al., 2011; HARRIS et al., 2014; JACOB et al., 2010; ORTON et al., 2011). As principais barreiras organizacionais estão relacionadas com aspectos de: a) financiamento, b) legislação, c) equipe técnica d) estrutura e, e) determinantes políticos (BROWNSON; DIEZ ROUX; SWARTZ, 2014; BROWNSON et al., 2006, 2011; JACOB et al., 2014; RS et al., 2012) .

Na América Latina, o projeto Guia para Intervenções na América Latina (GUIA) foi o principal estudo que identificou as melhores intervenções para promoção da Atividade Física (AF) baseada em evidências. Após levantamento das evidências disponíveis na região, o projeto classificou as intervenções comunitárias como “promissoras” e aquelas no ambiente escolar como “baseadas em evidência” (HOEHNER et al., 2008a, 2013; RIBEIRO et al., 2010).

Além das intervenções baseada em evidências, no Brasil, diversas ações e metas tem sido estabelecidas para prevenção de DCNTs e promoção da AF, dentre elas, as ações inseridas no Sistema Único de Saúde (SUS) que integram o conjunto de iniciativas da Atenção Primária em Saúde (APS) e por meio destas, há programas de controle do álcool, tabaco, alimentação saudável e atividade física (FLORINDO et al., 2013; GOMES et al., 2014a; MALTA; SILVA JR, 2013; MALTA et al., 2014; PAIM et al., 2011).

## 1.1 JUSTIFICATIVA DO ESTUDO

No Brasil, de acordo com mapeamento nos periódicos, Science direct, PUBMED, Biblioteca Virtual de Saúde (BVS), não foram identificadas publicações sobre o uso de tomada de decisão baseada em evidência (TDBE) para prevenção de DCNTs, tão pouco, para a promoção da atividade física no Sistema Único da Saúde (SUS). (LACERDA et al., 2012; ORROW et al., 2012; RIBEIRO et al., 2014; VUORI; LAVIE; BLAIR, 2013).

A inexistência de estudos no Brasil, pode estar relacionada a outras prioridades de saúde do país, o que tem forte relação com determinantes sociais (desigualdade de renda entre as regiões, saneamento básico, índice de desenvolvimento humano IDH= 0,744), aspectos políticos (instabilidade política, financiamento de saúde, sistema único universal, prioridades de saúde dos municípios) e a extensão territorial (PAIM et al., 2011).

Além dos fatores mencionados, a falta de estudos que abordaram o tema SPBE e TDBE, pode estar relacionado a relativa juventude dos temas, a quase totalidade de textos e publicações em outras línguas que não o português, a inexistência de pessoal com treinamento específico para o emprego dos métodos empregado. Este conjunto de características pode ter dificultado a baixa disseminação do tema no país. Nesse sentido, identificar como é realizado o processo de TDBE para prevenção de DCNTs e promoção da AF pelos responsáveis da tomada de decisão (secretários municipais de saúde), poderá contribuir para a melhoria dos programas na área de saúde já existentes e implementação de novos, possibilitando o uso de melhor evidência científica, reduzindo custos e a efetividade dos programas de Atividade Física (AF) na atenção primária de saúde nos municípios do Estado do Paraná.

## 1.2 PROBLEMA DE PESQUISA

Em que medida Secretários Municipais de Saúde do Estado do Paraná utilizam tomada de decisão baseada em evidências para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e promoção da atividade física na atenção primária de saúde?

## 1.3 OBJETIVO GERAL

Analisar o uso de tomada de decisão baseada em evidências por Secretários Municipais de Saúde do Estado do Paraná para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e promoção da atividade física.

#### 1.4 OBJETIVOS ESPECÍFICOS

- Descrever as características, barreiras e facilitadores para o processo de tomada de decisão baseada em evidências para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis entre os secretários municipais de saúde do Estado do Paraná.
- Identificar os municípios que possuem programas para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis no Estado do Paraná.
- Caracterizar o processo de tomada de decisão baseada em evidências segundo as experiências dos secretários municipais de saúde para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e promoção da atividade física no Estado do Paraná.

#### 1.5 DELIMITAÇÃO DO ESTUDO

O presente estudo delimita-se a investigar os Secretários Municipais de Saúde do Estado do Paraná ocupantes do cargo no período de 2014 e 2015.

#### 1.6 DEFINIÇÃO CONCEITUAL DE TERMOS

Saúde pública baseada em evidências (SPBE): “É o uso consciente da melhor evidência científica atual para tomar decisões sobre o cuidado de comunidades e populações, no domínio da prevenção de doenças, proteção, manutenção e melhoria saúde” (BROWNSON; FIELDING; MAYLAHN, 2009).

Tomada de decisão baseada em evidência (TDBE): “É um processo integrado de intervenções baseado em ciência, com o objetivo de melhorar a saúde da comunidade e população” (BROWNSON; FIELDING; MAYLAHN, 2009).

Atenção primária de saúde (APS): Caracteriza-se por um conjunto de ações de saúde no âmbito individual/coletivo e objetivo que abrangem a promoção, proteção de saúde, prevenção de agravos, diagnóstico, tratamento, reabilitação e manutenção da saúde. Considera o sujeito em sua singularidade e busca a prevenção e tratamento de doenças e a redução de danos ou de sofrimentos que possam comprometer suas possibilidades de viver de modo saudável. É a porta de entrada preferencial do sistema único saúde (CONASS, 2011).

Doenças Crônicas não Transmissíveis (DCNTs): São doenças multifatoriais que se desenvolvem no decorrer da vida. São resultados de diversos fatores, determinantes e condicionantes, como tabagismo, consumo de álcool, alimentação não saudável e inatividade física (BRASIL, 2014a).

## **2. REVISÃO DA LITERATURA**

### **2.1 SAÚDE PÚBLICA BASEADA EM EVIDÊNCIAS**

#### **2.1.1 Conceito de Saúde Pública Baseada em Evidências**

Saúde Pública Baseada em Evidências (SPBE) é um conceito pouco explorado pelos departamentos de saúde (gestores, coordenadores e profissionais de saúde) que poderiam auxiliar no uso de recursos públicos ou privados, na elaboração, implementação e desenvolvimento de programas ou políticas (BROWNSON; FIELDING; MAYLAHN, 2009). Nesse sentido, SPBE tem sido definida como o uso consciente, minucioso da melhor evidência científica atual para tomar decisões sobre o cuidado das comunidades e populações, no domínio da proteção, manutenção, melhoria da saúde e prevenção de doenças. É um processo integrado de intervenções baseado em ciência, com o objetivo de melhorar a saúde da comunidade e população. Para que isso ocorra, Ross Brownson define sete (07) etapas que necessitam ser seguidas para o processo de TDBE como será descrita abaixo (BROWNSON; FIELDING; MAYLAHN, 2009; BROWNSON et al., 2011) (FIGURA 1).



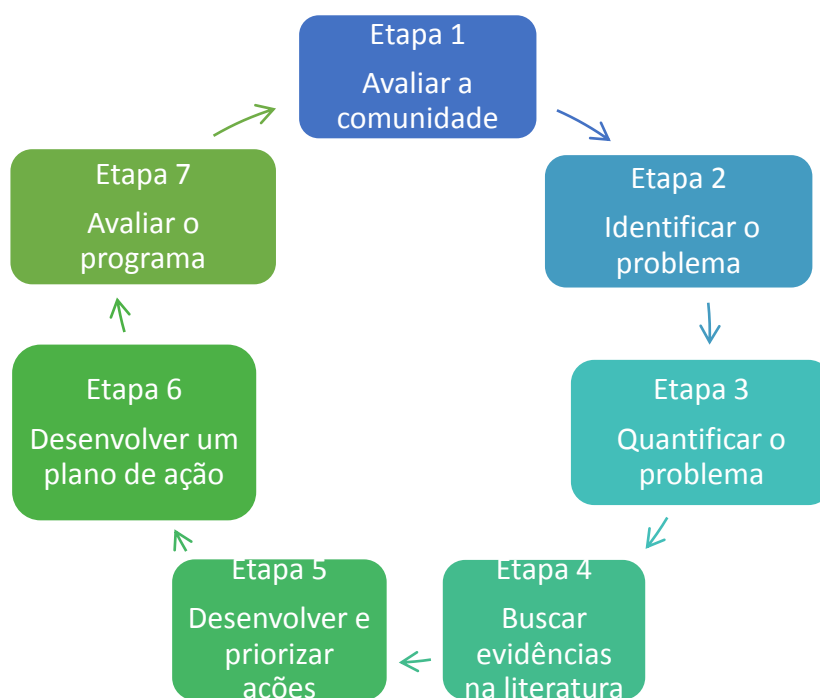


FIGURA 1. PROCESSO PARA DESENVOLVIMENTO DE UM PROGRAMA.

FONTE: Adaptado e traduzido Brownson et al., 2011

### 2.1.2 Etapas da saúde pública baseada em evidências

**Etapa 1 - Avaliar a comunidade:** Antes de iniciar o plano da intervenção, o gestor do projeto e sua equipe, devem identificar prioridades em saúde. A revisão dos dados do sistema de vigilância do País ou do município, podem ser grande valia para conhecer o espaço de intervenção. Por exemplo, identificar a prevalência de indivíduos inativos e ou fisicamente inativos na área de abrangência da intervenção pode indicar a situação local do problema.

**Etapa 2 – Identificar o problema:** Após identificar a situação dos indicadores de saúde da região, sugere-se elaborar questões norteadoras relacionadas ao problema. Por exemplo, qual(ais) organização(ões) é (são) responsável(is) por desenvolver estratégias, para promoção da atividade física? Qual a melhor estratégia para promover a prática de atividade física? Esta fase é extremamente importante, pois define as responsabilidades no processo de

tomada de decisão e deixa mais claro qual é a extensão real do problema enfrentado.

**Etapa 3 – Quantificar o problema:** Assim que for delimitado a questão problema necessita-se identificar evidências sobre o problema. Investigar a prevalência e incidência do problema de saúde, assim como descrever as características da população alvo (faixa etária, sexo, condição econômica). Por exemplo, qual(ais) organização(ões) é (são) responsável(is) por desenvolver estratégias, para promoção da atividade física? Qual a melhor estratégia para promover a prática de atividade física? Esta fase é extremamente importante, pois define as responsabilidades no processo de tomada de decisão e deixa mais claro qual é a extensão real do problema enfrentado.

**Etapa 4 – Evidências da literatura:** Esta etapa é de grande valia, pois os periódicos científicos são a principal maneira em que os pesquisadores disseminam as evidências científicas (TABAK et al., 2015). Dessa maneira, gestores em saúde pública, políticos e ou responsáveis por tomadas de decisão baseadas, necessitam realizar uma busca ampliada na literatura em periódicos científicos como: PUBMED, *Scientific Eletronic Library Online* (SCIELO), Biblioteca Virtual em Saúde (BVS) com objetivo de detectar as melhores ações para a promoção da atividade física (artigos de revisão, meta análise, manuais e diretrizes de saúde).

**Etapa 5 – Desenvolver e priorizar ações:** Com base nas etapas anteriores necessita-se considerar cinco (05) aspectos: a) político: Quem são os responsáveis por tomar decisões para promoção da atividade física? Exemplo: Grupo de funcionários, equipe multiprofissional e ou diretor do departamento de saúde. Há um consenso entre a equipe de trabalho que a promoção da atividade física é prioritária? As decisões sobre o planejamento, implementação e desenvolvimento do programa de promoção da atividade física, será definida por toda a equipe de trabalho ou por apenas o gestor responsável pelo programa? b) econômico; Qual será o custo da intervenção? É necessário buscar parceiros para a intervenção? O investimento possibilitará um retorno para a comunidade, departamento de saúde “municipal, estadual ou federal”,

“custo efetividade da intervenção” c) social: A comunidade necessita de um programa de promoção da atividade física? d) variáveis demográficas: Qual é a característica da população em que o programa será desenvolvido? Exemplo: Gênero, faixa etária, nível socioeconômico, escolaridade) e) tecnologia: Qual será a tecnologia necessária para intervenção? Exemplo: Infraestrutura (equipamentos de ginástica, quadras, bolas e pista de caminhada).

**Etapa 6 – Desenvolver um plano de ação e implementação da intervenção:**

Nesta fase sugere-se desenvolver um modelo lógico. O modelo lógico é uma ferramenta na qual são descritas todas as etapas a serem realizadas no programa de promoção da atividade física. Contribui no processo de desenvolvimento, implementação e avaliação do programa. Nesse sentido, buscou-se reportar exemplos propostos pelo Guia útil para intervenções em Atividade Física (GUIA) (HOEHNER et al., 2008a) Center for Disease Control (CDC) (CDC, 2002), Physical Activity Guidelines for Americans (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008).

a) Qual (is) será (ão) os objetivos do programa? Necessitam-se desenvolver objetivos de curto médio e longo prazo. b) Como será realizada a avaliação dos participantes do programa. Exemplo: (Questionários “adaptados e validados”, teste clínicos “exames de sangue, testes de esforço”) c) Quais (al) as atividades que será (ão) oferecidas no programa. Exemplo: Caminhadas, aulas de ginásticas, aulas em grupo e aconselhamento para atividade física. d) Qual (is) local (is) onde será (ão) oferecidas as atividades. Exemplo: Parques, praças, ginásios, academia da saúde, escolas e unidades básicas de saúde. f) Quem são os idealizadores do projeto? Exemplo: Gestores e ou profissionais de saúde. Qual (is) responsabilidade (s) dos coordenadores do programa? Exemplo: Planejamento, desenvolvimento e implementação do programa. g) Qual (is) os custos da intervenção? Exemplo: Recursos necessários para melhorias no local da intervenção, compra de matérias e pagamento de profissionais dos programas. h) Treinamento para os profissionais do programa. Exemplo: Realização de Workshop, *Webnar* e treinamentos. i) Qual (is) os parceiros do programa. Exemplo: Instituições que podem auxiliar no

desenvolvimento do programa (universidades, grupos de pesquisa, instituições governamentais e ou empresas) (FIGURA 2).

**Etapa 7 – Avaliar o programa ou política de intervenção:** A avaliação do programa é um processo importante que é realizada em diferentes momentos para verificar os custos e benefícios do programa “custo efetividade”. Desse modo, há diferentes formas de avaliar um programa.

**a) Avaliação do processo de implementação do programa:** As intervenções são condizentes com os objetivos propostos? Qual o número de pessoas que está participando do programa? Qual a metodologia empregada para desenvolvimento do programa? Os recursos são suficientes para continuidade do programa? Quais os materiais oferecidos para divulgação do programa? Há infraestrutura adequada para o programa?

**b) Avaliação do impacto do programa:** Para avaliação de impacto é avaliado os participantes do programa. Exemplo: Desenvolvimento intelectual (conhecimento sobre os fatores de riscos relacionados a inatividade física), comportamental (mudanças no comportamento da população “deslocamento ativo” atividade física no lazer).

**c) Avaliação dos resultados:** Os resultados geralmente são analisados de acordo com delineamento do programa (transversal, longitudinal, quase-experimentais, randomizados). Estudos de curto e médio prazo, melhorias na percepção de qualidade de vida da população e indicadores de saúde. Contudo na área da promoção da atividade física, necessita-se de programas que são desenvolvidos por um longo período (coorte, longitudinal) para verificar a taxa de mortalidade, morbidade e ganho na expectativa de vida e qualidade de vida da população.

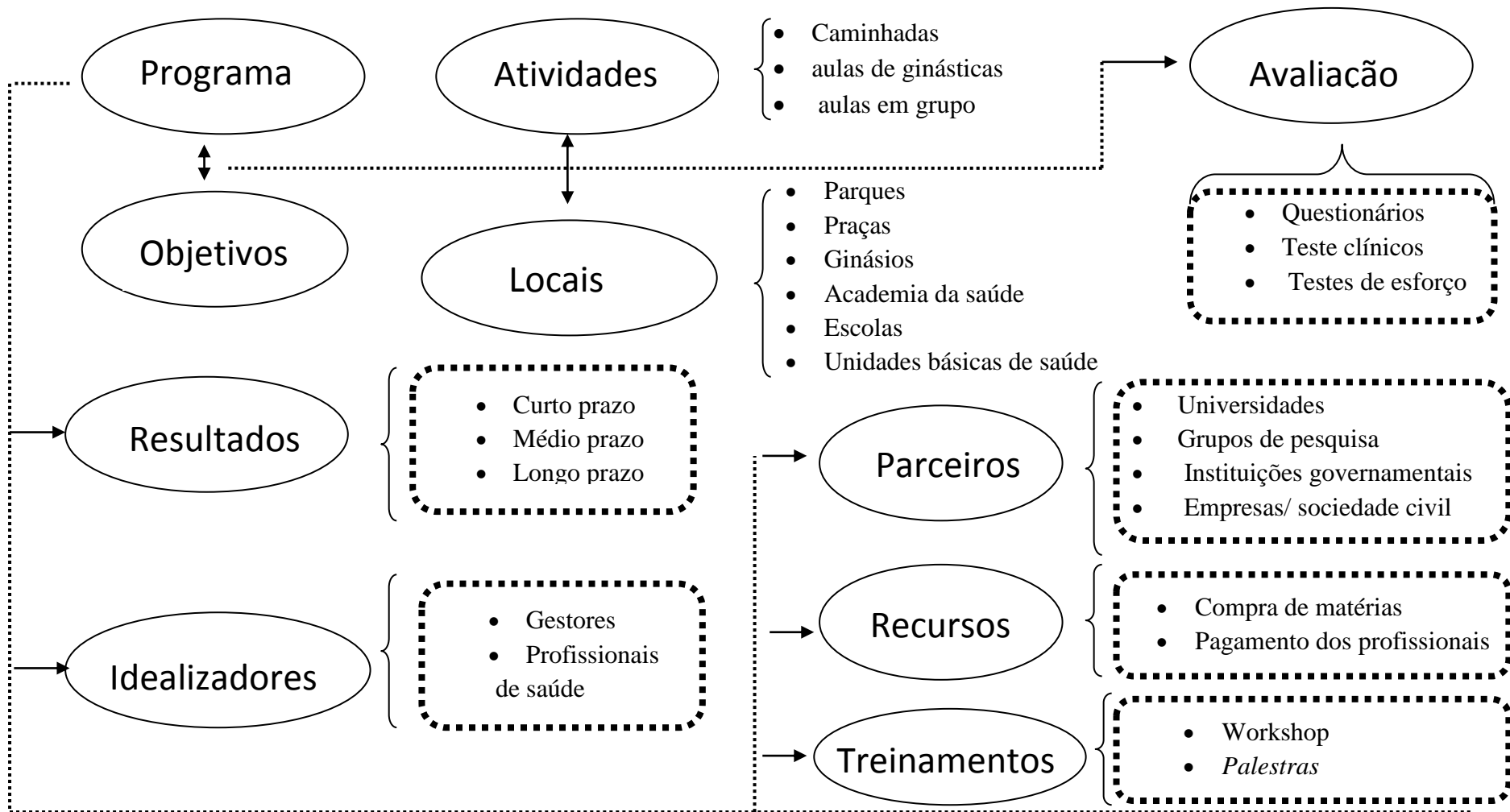


FIGURA 2. DESENVOLVIMENTO DO PLANO DE AÇÃO E IMPLEMENTAÇÃO DA INTERVENÇÃO (MODELO LÓGICO).

FONTE: O autor (2016)

### 2.1.3 Tipos de evidências em saúde pública

Para o melhor uso de SPBE alguns conceitos são fundamentais para aplicar as evidências científicas na prática profissional. Os profissionais de saúde utilizam estudos com características, epidemiológicas, randomizados, transversais, com dados (quantitativos e/ou qualitativos) para analisar os efeitos de um programa. Dessa maneira é necessário saber qual é a melhor evidência disponível. Nesse sentido, sugere-se a análise de três tipos de evidências (BROWNSON; FIELDING; MAYLAHN, 2009; BROWNSON et al., 2011).

**Evidência do tipo I** – Evidências oriundas de estudo longitudinais (estudos randomizados, retrospectivos, coorte). Nesses estudos, acompanha-se um grupo de indivíduos por um período e se analisa a relação entre exposição e de desfecho de saúde. Dessa forma, estudos tem como objetivo definir as causas das doenças, o tamanho das consequências (magnitude), quais os fatores de riscos (prevenção). Por exemplo, fumar (exposição) causa câncer no pulmão (desfecho de saúde).

**Evidência do Tipo II** – São evidências de estudos realizados a partir da descrição das intervenções baseadas nas evidências do tipo I. Tem como objetivo descrever a evidência, o impacto relativo e/ou específico das intervenções e o que pode ou não ser feito para melhorias da saúde. São evidências que ainda não estão consolidadas e que podem ser realizadas. Todavia necessitam-se de mais estudos. Por exemplo, aumentar o preço do cigarro e reduzir as campanhas na mídia (televisão, rádio) para incentivo do consumo de cigarro poderia diminuir o número de fumantes (exposição) e consequentemente diminuir o número de casos de câncer do pulmão (desfecho).

**Evidência do tipo III** – São evidências, oriundas de programas de intervenção que resultaram em mudanças positivas na saúde dos indivíduos. Porém, para inserir em outro contexto é necessário adaptar e implementar de acordo com as características do lugar e da população. Por exemplo, a proibição de fumar

cigarro em locais fechados foi aplicada com sucesso no Brasil, mas sua aplicação em outros países da América Latina necessita de adaptação.

As evidências tipo III são as que apresentam menor disseminação em promoção da saúde, incluindo a promoção de atividade física. Sugere-se que para implementar e adaptar um programa deve-se observar cinco características dos subgrupos (BROWNSON; FIELDING; MAYLAHN, 2009; BROWNSON et al., 2011).

**a) Características individuais** – Referem-se as características da população alvo. Por exemplo, sexo, idade, escolaridade, riscos e/ou histórico de saúde.

**b) Características interpessoais** – Em programas na comunidade são adotadas estratégias para que haja maior envolvimento da comunidade, como apoio social (familiares e amigos), mudanças comportamentais e melhorias à informação (orientação).

**c) Características organizacionais** – Os programas podem ser realizados com uma equipe qualificada em locais próximos a comunidade de acordo com a característica da intervenção. Exemplo: Departamentos de saúde, clubes da comunidade, ginásios, igrejas, escolas e unidades básicas de saúde.

**d) Características socioculturais:** Referem-se as normas sociais e culturais conhecidas em vários ambientes de saúde, como as características do local e das relações culturais estabelecidas. Por exemplo, pessoas que estão dispostas a promover mudanças dentro de organizações com objetivo de realizar novas políticas ou programas referentes à saúde.

**e) Características políticas e econômicas:** Referem-se as decisões políticas decorrentes ao elevado número de casos de doenças. Por exemplo, aprovação de leis para a proibição do hábito de fumar em ambientes fechados, aumento de impostos dos alimentos industrializados, redução de sódio nos alimentos, lei seca (dirigir sob efeitos do álcool).

#### 2.1.4 Fatores que influenciam o uso de tomada de decisão baseada em evidências

Diversos fatores influenciam o uso de TDBE como: seleção da melhor evidência científica, necessidades de saúde da população, recursos financeiros, contexto local e político (FIGURA 3). Além desses, o aspecto político tem recebido grande atenção, pois, observa-se uma grande lacuna entre o modo de utilizar a tomada de decisão entre os pesquisadores (cientistas) e os responsáveis por tomada de decisão (políticos, coordenadores de programas e responsáveis por intervenções na área da saúde) (BROWNSON; DIEZ ROUX; SWARTZ, 2014; BROWNSON et al., 2006, 2011; JACOB et al., 2014) (FIGURA 4).

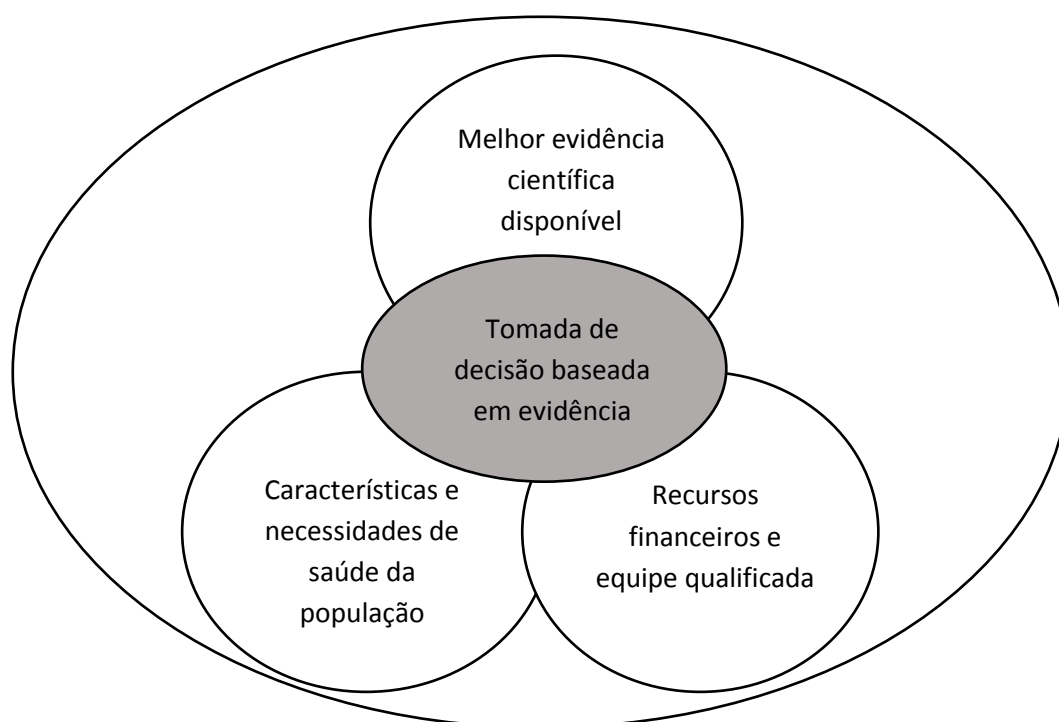


FIGURA 3. DOMÍNIOS QUE INFLUENCIAM A TOMADA DE DECISÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS.

FONTE: Adaptado e traduzido Brownson et al., 2011



Para os responsáveis por tomada de decisão, os principais fatores que influenciam a TDBE são: a) Resultados positivos em um curto período que possam ser reconhecidos pela população; b) As intervenções não necessitam ter um vasto conhecimento para serem desenvolvidas; c) Intervenções viáveis (impacto econômico); d) A principal maneira de apresentar os resultados para a comunidade são através de mídias sociais (atinge maior número de pessoas) dessa maneira, podem auxiliar nas futuras campanhas no âmbito político. Contudo, para os pesquisadores (cientistas) os principais fatores são: a) Resultados são esperados em períodos de médio e longo prazo; b) Intervenções são planejadas e implementadas através de inúmeras evidências científicas com auxílio de outros pesquisadores; c) As intervenções nem sempre apresentam resultados esperados; d) Os resultados são apresentados em periódicos reconhecidos internacionalmente (BROWNSON et al., 2006; JACOB et al., 2014) (FIGURA 4).

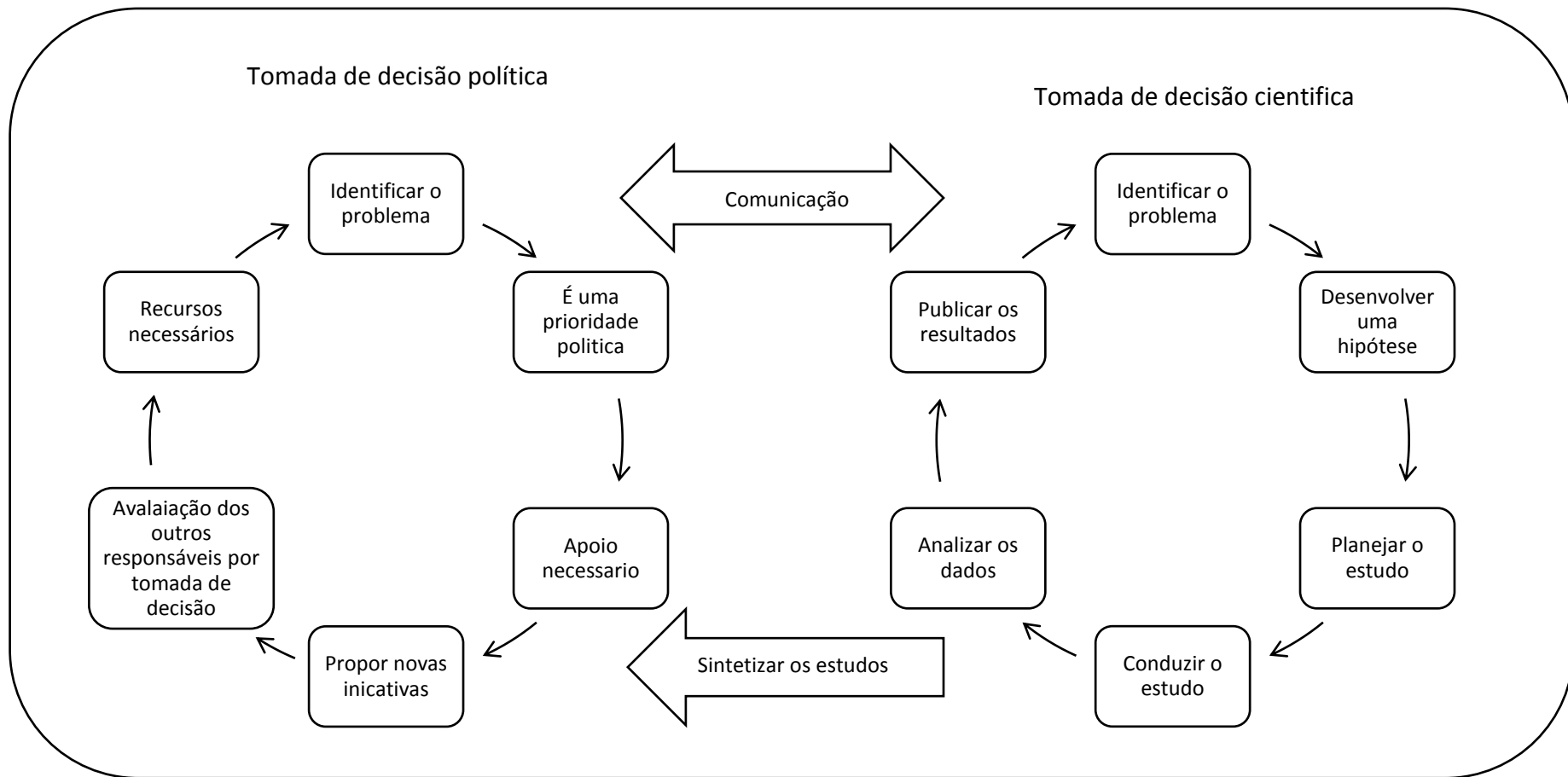


FIGURA 4. DIFERENÇA DO PROCESSO PARA TOMADA DE DECISÃO ENTRE POLÍTICOS E PESQUISADORES

FONTE: Adaptado e traduzido Ross C. Brownson et al., 2006

### 2.1. 5. Instrumentos para avaliar saúde pública baseada em evidências

Existem vários métodos desenvolvidos nos Estados Unidos que avaliam os programas baseadas em evidência (JACOBS et al., 2012; KAPLAN et al., 2013; KELLY et al., 2013). Contudo, de acordo com a busca realizada, foi encontrado apenas um (01) instrumento que avalia o processo de tomada de decisão baseada em evidência pelos gestores de departamento de saúde (ALLEN et al., 2013).

O instrumento foi desenvolvido para avaliar o uso de saúde pública baseadas em evidências e a capacidade de tomadas de decisão pelos diretores dos departamentos de saúde dos Estados Unidos. O instrumento possui 68 itens, distribuídos em seis (06) seções: a) informações pessoais, b) uso de tomada de decisão baseada em evidência pelo departamento de saúde, c) processo de tomada de decisão baseada em evidência, d) experiência de tomada de decisão baseada em evidência, e) uso de recursos para tomada de decisão baseada em evidência, f) importância e disponibilidade para tomada de decisão baseada em evidência, com múltiplas opções de respostas, com duração de aproximadamente 15 minutos (ALLEN et al., 2013).

### 2.1.6 Tomada de decisão baseada em evidências para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis

Em uma recente revisão realizada em países desenvolvidos, identificou que os responsáveis por realizar tomadas de decisão utilizam a literatura e *websites* para definir as ações em SPBE, utilizando tanto estudos qualitativos como quantitativos. Contudo, o uso Tomada de Decisão Baseada em Evidência (TDBE), difere entre os países, como: acesso a informação, financiamento para programas, instabilidade política, equipe técnica e falta de estrutura. Todavia

nesses países, os responsáveis por realizar tomadas de decisão (políticos), relatam que há grande distância entre eles e os pesquisadores (cientistas) (ORTON et al., 2011).

Nos Estado Unidos, os gestores com maior escolaridade, que desenvolvem ações em cidades com grande porte populacional, possuem uma equipe de trabalho mais qualificada, utilizam guias da comunidade, revistas científicas, recebem maior financiamento para prevenção de DCNT e são mais propensos a utilizar TDBE (BROWNSON et al., 2014; ELLIOTT et al., 2014; HARRIS et al., 2014). Porém, em cidades de menor porte, o acesso a informação parece ser a principal barreira que impede os gestores dos departamentos de saúde utilizarem a TDBE (BROWNSON et al., 2014; DUGGAN et al., 2014). Desse modo, oferecer treinamentos (*webinar*, cursos curtos, palestras) para os profissionais nos departamentos locais de saúde parece ser uma ação que pode incentivar o uso de TDBE, melhorando os programas e ações para prevenção de DCNTs (JACOBS et al., 2014). Todavia, ainda são poucos os programas de intervenção com foco nos fatores modificáveis, como obesidade e atividade física (ELLIOTT et al., 2014).

Sendo assim, promover programas na atenção primária, melhorando o apoio e suporte aos coordenadores, comunicação entre projetos e desenvolvimento de parcerias, pode consolidar o uso de TDBE para prevenção de DCNTs (ALLEN et al., 2014; BROWNSON, 2014). Realizar campanhas na mídia para prevenção de DCNT, palestras, *webinar*, desenvolvimento de parcerias intersetoriais (agricultura, educação, transporte, esporte, política), são ações promissoras que devem ser realizadas (BUNNELL et al., 2012).

#### 2.1.7 Barreiras para o uso de tomadas de decisão baseada em evidência

As principais barreiras organizacionais reportadas na literatura são as relacionadas ao financiamento e legislação. Entre as barreiras pessoais, observa-se a necessidade de haver especialista na área de saúde pública, pouco acesso e incentivos de pesquisas baseadas em evidências, tempo para reunir e analisar os dados, baixo número de evidências que comprovem a

eficácia de intervenções, treinamentos inadequados, alto custo de revistas científicas e resultados a longo prazo. Os indivíduos com menor escolaridade, relatam a falta de habilidade em desenvolver programas, além de relatar dificuldades para reportar os resultados para os responsáveis (gestores, coordenadores e políticos) (BROWNSON et al., 2011; HARRIS et al., 2014; JACOBBC et al., 2010).

#### 2.1.8 Tomada de decisão baseada em evidências para promoção da atividade física.

A inatividade física é um problema de saúde pública que atinge um a cada três adultos (HALLAL et al., 2012) e contribui para o aumento número de óbitos relacionado as DCNT em todo o mundo (LEE et al., 2012), gerando um elevado custo para a economia (PRATT et al., 2014). Desse modo, utilizar o conceito de SPBE e TDBE poderá auxiliar o avanço na área da promoção da AF, identificando os melhores programas, principalmente em países de média e baixa renda (HALLAL et al., 2012; PRATT et al., 2015).

No Brasil, o projeto Guia Útil para Intervenções de atividade física na América Latina (GUIA) foi o principal estudo de revisão sistemática realizado entre os anos de 1980 a 2010 que identificou as melhores estratégias baseada em evidências para promover AF. As intervenções foram classificadas em três categorias. a) “intervenções baseada em evidências”, b) “intervenções promissoras” e c) “evidências insuficientes”, seguindo o modelo proposto pelo Community Guide (HOEHNER et al., 2008b, 2013; PRATT et al., 2010).

De acordo com Hoehner et al (HOEHNER et al., 2008b, 2013) a Educação Física escolar foi a única intervenção classificada como “baseada em evidência”, sendo uma importante estratégia para aumentar o níveis de AF de crianças e adolescentes. Todavia, há potenciais intervenções classificadas como “promissoras” que podem elevar os níveis de AF da população, como: intervenções no contexto político e ambiental (mudanças no design das ruas, uso misto do solo, criação de locais para prática da AF, redução do uso de automóveis, melhora da percepção de segurança entre pedestres e ciclistas), contexto comportamental (aulas de AF em ambientes comunitários;

Curitiba-PR (REIS et al., 2010a), academia de Recife-PE (HALLAL et al., 2010; SIMOES et al., 2009) e programas com equipes multiprofissionais) e em ações informativas (campanhas comunitárias em rádio, televisão, e estímulos para mudança de comportamento) (HOEHNER et al., 2008b, 2013).

Nesse sentido, após as publicações do projeto GUIA (PARRA et al., 2013) e por meio de outros estudos realizados no Brasil (MENDONÇA et al., 2010; REIS et al., 2010b, 2014), o Ministério da Saúde (MS) criou o Programa Academia da Saúde (PAS) baseado na Academia da Cidade, sendo a principal ação para elevar os níveis de AF da população, com a previsão de criação de 4.000 polos em todo o território nacional até o ano de 2015 (BRASIL, 2011). Entretanto, até o momento, não há estudos que descrevam o perfil dos frequentadores do PAS, adesão da população ao programa, tipos de intervenção de acordo com o contexto local (evidências do tipo II), custo-efetividade, tão pouco os benefícios relacionados a saúde (nível de evidências III).

#### 2.1.9 Recomendações para o uso de Tomada de Decisão Baseada em Evidências na promoção da Atividade Física

Tanto em países desenvolvidos como em desenvolvimento há uma lacuna entre os pesquisadores e responsáveis por tomadas de decisão (BROWNSON et al., 2006; RS et al., 2012). Tal fato, pode ser decorrente ao tempo que ocorre a disseminação das evidências científicas. Dessa maneira, melhorar o modo de disseminação e aproximar a ciência (pesquisadores) e políticos (mundo real) torna-se necessário (TABAK et al., 2012).

No Brasil a área da promoção da atividade física tem recebido grande atenção na área de prevenção das DCNTs (MALTA; SILVA JR, 2013). Contudo as necessidades de saúde da população, desigualdades sociais e instabilidade política, dificulta o processo de TDBE (SAMB et al., 2010; SCHMIDT et al., 2011). Nesse sentido, sugere-se adaptar os conceitos e fases das evidências para a realidade local.

Para melhor identificação dos estudos inseridos na revisão da literatura, foi realizado uma tabela com a descrição dos artigos, seguindo, Autor, ano, local, objetivo, participantes, medidas e os principais resultados (TABELA 1).

Tabela 1. Descrição dos artigos selecionados para revisão de literatura sobre saúde pública baseada em evidência e tomada de decisão baseada em evidência.

<b>Autor, Ano</b>	<b>Local</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Participantes</b>	<b>Medidas</b>	<b>Resultados</b>
<b>Brownson et al., 2014</b>	EUA	Descrever os estudos randomizados e proporcionar um visão geral do contexto da pesquisa em saúde pública baseada em evidência	Estudo de revisão	Estudo de revisão	As principais limitações para realizar uma pesquisa em saúde pública são: Design pouco relevantes, desequilíbrio entre validade interna e externa, dados inadequados, altos custos, foco limitado, longo período para obter os resultados em uma intervenção. Necessita-se buscar novas ferramentas para melhorar a saúde da população, transformar a teoria (ciência) em prática.
<b>Brownson et al., 2014</b>	EUA	Descrever os padrões e pressupostos para o uso de tomada de decisão baseada em evidências em programas nos departamentos de saúde dos EUA	517 diretores dos departamentos de saúde dos EUA.	19 questões distribuídas em cinco (05) domínios (desenvolvimento da equipe de trabalho, liderança, clima e cultura, parceiros e financiamentos)	Os gestores reportaram que o clima e cultura são as maiores dificuldades. Os gestores com maior escolaridade, que trabalham em locais maiores tem maior probabilidade de utilizar SPBE. Os gestores que trabalham em departamentos menores, possuem três vezes mais chances de serem liderados por graduados em enfermagem. O acesso a informação parece ser um desafio para os gestores menores.
<b>Elliott et al., 2014</b>	EUA	Explorar e comparar os cuidados de saúde Pública dos profissionais dos departamentos de saúde local comparando com as ações do CDC	759 profissionais responsáveis pela prevenção de DCNT	Questionários online com 68 questões , que abordaram programas de câncer, tabaco, AF, nutrição, obesidade, diabetes e doenças cardiovasculares	Os gestores que trabalham por mais tempo no local e possui maior conhecimento de saúde pública, realizam mais programas de prevenção e 83% usam TDBE. Os estados que recebiam maior financiamento para doenças crônicas, eram mais propensos a realizar programas. Sendo os programas de prevenção do consumo de tabaco, doenças cardiovasculares, tratamento da diabetes, prevenção da diabetes os mais reportados.



<b>Autor, Ano</b>	<b>Local</b>	<b>Objetivo</b>	<b>Participantes</b>	<b>Medidas</b>	<b>Resultados</b>
<b>Duggan et al., 2014</b>	EUA	Verificar o uso de SPBE pelo gestores dos departamentos de saúde.	517 coordenadores de departamentos de saúde.	Questionário online com 66 questões verificando seis domínios.	Dois terços dos entrevistados eram o maior cargo dos departamentos de saúde, com idade média de 50 anos ou mais. Entre os cinco domínios, os valores mais baixos foram clima cultural e organização. As variáveis associadas com o uso de SPBE foram idade entre 50-59 anos, tamanho da jurisdição 25.000-49,999 e governo do estado. O tamanho da jurisdição, foi a variável com maior força de associação.
<b>Harris et al., 2014</b>	EUA	Explorar as barreiras uso de periódicos pelos departamentos de saúde	904 diretores da associação nacional de prevenção de DCNT	Quais periódicos são utilizados para prevenção de DCNT e quais as barreiras que você encontra?	Cerca de 45,7% dos entrevistados utilizam jornais para adquirir a informação. Sendo o periódico mais reportado American Journal of Public Health. As barreira mais reportadas, foram falta de tempo, falta de acesso e valor dos periódicos.
<b>Jacob et al., 2014</b>	EUA	A capacitação dos profissionais dos departamentos de saúde, pode melhor o uso de TDBE?	Profissionais dos departamentos de saúde de quatro estados.  284 GC e 82 GE	A capacitação ocorreu em um período de uma ano, realizados em 9 módulos (introdução, avaliação da comunidade, quantificando o problemas, desenvolvimento de uma estratégia, revisão da literatura, desenvolvendo e priorizando ações, avaliação econômica, desenvolvimento de um plano de ação).	O grupo intervenção que realizou treinamento teve uma melhor média de disponibilidade e importância de TDBE após o treinamento quando comparado com o grupo controle. Os principais benefícios foram, adquirir novos conhecimentos e busca de melhores implicações para o trabalho, utilizando TDBE. A principal barreira foi a falta de tempo para implementação e um treinamento contínuo. Aproximadamente 45% dos participantes aumentaram o uso de TDBE no seu local de trabalho após o treinamento.

Autor, Ano	Local	Objetivo	Participantes	Medidas	Resultados
<b>Allen et al., 2014</b>	EUA	Reportar o benefícios e desafios para prevenção de DCNT	865 profissionais dos departamentos de saúde	Questionários online com 68 questões	Benefícios.- aumento em ações na prevenção primária e em intervenções para a redução de riscos, melhora no diálogo entre a comunidade e os parceiros para ações baseada em evidências. Os programas mais citados foram, controle do tabaco, prevenção e controle do câncer, diabetes e doenças cardiovascular, prevenção da obesidade, atividade física e nutrição. Os principais desafios são: financiamento e a comunicação entre os programas de prevenção de DCNT.
<b>Kelly et al., 2013</b>	EUA	Identificar programas que podem ser adaptados e implementados em outros contextos para prevenção de DCNT.	Programas de prevenção de DCNT realizados no EUA.	Foi desenvolvido uma ferramenta que avalia três critérios (inovação, eficácia e sustentabilidade) atribuindo valores de zero (0)- não se aplica à três (03) aplicável. Todas as intervenções devem estar sendo desenvolvida pelo menos a um ano.	Apenas cinco (05) dos 19 programas avaliados foram classificadas como reaplicáveis em outros locais.
<b>Allen et al., 2013</b>	EUA	Descrever os métodos de um estudo de multi-fases e avaliar a disseminação do conhecimento de prevenção de câncer e doenças crônicas baseada em evidências	106 gestores dos departamentos de saúde de 50 cidades dos EUA	A pesquisa foi realizada online (test-retest) para desenvolver um instrumento e disseminar os resultados	O instrumento aborda questões sociodemográficas, definição, uso, importância e disponibilidade para o uso de TDBE.
<b>Jacobs et al., 2012</b>	EUA	Realizar uma revisão da literatura para identificar ferramentas que avaliem a implementação de programas utilizando a saúde pública baseada em evidências	Estudo de revisão	Estudo de revisão	Foi verificada dois programas nos EUA (mississippi e colorado) que realizam projeto de acordo com o conceito de SPBE e as sete (07) fases. Além disso, foi disponibilizado ferramentas online que podem auxiliar a criação e desenvolvimento de programas.

Autor, Ano	Local	Objetivo	Participantes	Medidas	Resultados
Bunnell et al., 2012	EUA	Verificar o apoio de mudança política, sistema e ambiental para prevenção de doenças crônicas	50 comunidades do EUA	50 programas de prevenção da obesidade, inatividade física e fumo. Desenvolvidas em cidades de pequeno, médio e grande porte.	Os programas que desenvolveram ,palestras, <i>webinars</i> , parcerias intersetoriais, mudanças de preços dos alimentos, campanhas na mídia, <i>guidelines</i> e mudança de design das ruas, apresentou ser uma intervenção promissora para promoção da atividade física.
Ammerman et al., 2012	EUA	Desenvolver uma ferramenta para avaliar a capacidade de tomada de decisão baseada em evidência nos departamentos de saúde	262 funcionários de departamentos de saúde (Mississippi e Kansas)	33 questões que avaliaram a importância e disponibilidade para o uso de tomada de decisão baseada em evidência.	A ferramenta apresentou ser válida para avaliar o uso de tomada de decisão baseada em evidência. Além disso, identificou para incentivar o uso de TDBE é necessário o treinamento de profissionais e mudar a cultura dos departamentos de saúde.
Orton et al., 2011	—	Sintetizar a evidência e o uso dos responsáveis por tomada de decisão baseada em evidência em locais com sistema único de saúde	Europa, Canadá, Austrália e Nova Zelândia	1) Qual evidência tem sido utilizada 2) Qual tipo de evidência 3) O processo de evidência em pesquisa 4) Fatores que influenciam tomadas de decisão 5) Barreiras e facilitadores para o uso de evidência	18 artigos selecionados.  2-estudos originais, revisão de literatura. As melhores práticas realizadas, estudos randomizados. 3- literatura, google, dados estatísticos. 4- Viabilidade política, financiamento, insegurança no emprego. 5 – Barreiras- Distância entre a pesquisa (academia) e a prática., estrutura organizacional, equipe de trabalho. Facilitadores – desenvolver as pesquisas de acordo com as necessidades da população. Identificar os indicadores relevantes.
Jacobc et al., 2010	EUA	Investigar as barreiras para tomada de decisão baseada em evidência	50 departamentos de saúde dos EUA	Pesquisa online com 74 questões. Nove (09) questões abordavam as barreiras para TDBE em escala Likert de 0 a 10. “0” discordo totalmente e “10” concordo totalmente.	As principais barreiras organizacionais reportadas foram (financiamento e legislação). Entre as barreiras pessoais (especialista na área e comunicação).

SPBE (Saúde pública baseada em evidência) TDBE (Tomada de decisão baseada em evidência) DCNT (Doenças crônicas não transmissíveis) AF (Atividade física) EUA (Estados Unidos da América).

## 2.2 GESTÃO E ORGANIZAÇÃO DO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE NO BRASIL

### 2.2.1 Sistema Único de Saúde

O Sistema único de Saúde (SUS) teve seu início a partir da criação da constituição de 1988, regulamentada pela lei n.8.080, em 1990.

*“compreende um conjunto integrado de ações de iniciativa de poderes públicos e da sociedade, destinadas a assegurar os direitos relativos à saúde, à previdência e à assistência social”*

Entre os princípios e diretrizes que norteiam o funcionamento do SUS, destacam-se: a) Universalidade de acesso a todos os níveis de assistência (conjunto de ações que supram as necessidades de saúde da população, com elevada capacidade de respostas aos problemas apresentados), b) Igualdade na assistência à saúde, sem preconceitos ou privilégios de qualquer espécie (condições de atendimento adequadas aos indivíduos e à coletividade), c) integridade da assistência (articulação política na área da saúde e em outras ações intersetoriais, com objetivo de assegurar as melhores condições de saúde e qualidade de vida da população), d) participação da comunidade (participação da sociedade para formulação e implementação da política em saúde) e e) Descentralização político-administrativa, com direção única em cada esfera do governo, definindo responsabilidades para as esferas do governo (Articulação nas três esferas na gestão, união, estadual e municipal).

A esfera federal tem como responsabilidades a normatização e coordenação geral do sistema no âmbito nacional. Dessa forma, formula e planeja políticas para enfrentar as prioridades de saúde, apoia e incentiva práticas inovadoras de gestão estadual e municipal. As responsabilidades estaduais são a identificação de problemas e definição das prioridades no Estado. Busca-se o desenvolvimento de uma cooperação técnica com os municípios. Nos municípios os gestores de saúde, possuem a responsabilidade

da gestão do sistema na cidade, como a organização e execução das diretrizes dos serviços públicos em saúde (GIOVANELLA et al., 2012; PAIM et al., 2011; ROCHA, 2012).

### 2.2.2 Gestão do Sistema Único de Saúde

Em cada esfera do governo e em cada município há um gestor de saúde, responsável por assegurar os direitos à saúde para toda a população, sendo universal e igualitário. Possui uma das atribuições mais complexas de todo o sistema. Organiza todo o sistema de saúde local (estrutura administrativa, estrutura organizacional, equipe de trabalho, financiamento e saúde da população). Dada a sua complexidade das tarefas (conhecimento de todo o SUS, legislação e prioridades de saúde), recomenda-se que os gestores de saúde tenham um vasto conhecimento na área. Entretanto, inúmeros gestores, são nomeados por trocas de favores (políticos) (COSSIO et al., 2012).

O fato, dos gestores em alguns períodos serem nomeados por questões políticas e nem sempre pela qualificação profissional, faz com que o sistema nem sempre qualidade que é passível de resolução esperada na atenção primária de saúde (APS) identificando várias dificuldades (CAVALCANTI; OLIVEIRA NETO; SOUSA, 2015). Nesse sentido, as mais relatadas são: baixo financiamento, burocracia, trabalho em equipe multiprofissional, gestão de qualidade nos serviços e a gestão de recursos humanos (CIENT et al., 2015). Em decorrência disso, há necessidade de se investir na capacitação das equipes de coordenação da APS, desenvolvimento e planejamento das ações em saúde, melhorar o acesso a informações, serviços, avaliação dos indicadores de saúde para tomada de decisão (CAVALCANTI; OLIVEIRA NETO; SOUSA, 2015) e uma gestão compartilhada (SULTI et al., 2015).

### 2.2.3 Conselhos de saúde

Dada a complexidade de todo o sistema de saúde e as dificuldades relatadas pelos gestores de saúde, foram criados os conselhos de saúde, que auxiliam no processo de tomada de decisões nas três esferas de governo. a) Conselho Nacional de secretários de saúde (CONASS), b) Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMES), c) Conselho de Secretarias Municipais de Saúde dos Estados (COSEMS).

Os conselhos são formados por uma equipe técnica, nomeados por assembleias gerais. Possuem responsáveis técnicos para participação ativa entre os municípios, estados e Ministério da Saúde (MS). Desenvolvem pesquisas de interesse em comum com as outras secretarias. Apoiam e assessoram diretamente os secretários municipais de saúde. Os conselheiros do CONASS, CONASEMES e COSEMS são importantes para a articulação políticas, regulamentação de diretrizes, planejamento de programas de promoção da saúde (GIOVANELLA et al., 2012; PAIM et al., 2011; ROCHA, 2012) (FIGURA 5).

### 2.2.4 Financiamento do Sistema Único de Saúde

O financiamento do SUS é realizado através dos órgãos governamentais (união, federal e municipal). Os recursos públicos são obtidos pelos tributos pagos pela população (impostos diretos e indiretos) que são administrados pela união (governo federal), regional (governo dos estados) e local (governo municipal). Contudo, há possibilidade de empresas privadas realizar o financiamento. Os recursos privados são realizados por pagamentos efetuados diretamente por empresas, famílias e/ou indivíduos (seguros e planos privados saúde) (GIOVANELLA et al., 2012; PAIM et al., 2011; ROCHA, 2012).

No Brasil, verifica-se a redução do investimento público no SUS. Em 2010, os recursos públicos financiaram apenas (42%) de todos os gastos no SUS, destes, divididos entre as três esferas: governo federal 8%, governo

estadual 12% e governo municipal 15% das receitas são obtidas pelos de impostos (GIOVANELLA et al., 2012; PAIM et al., 2011).

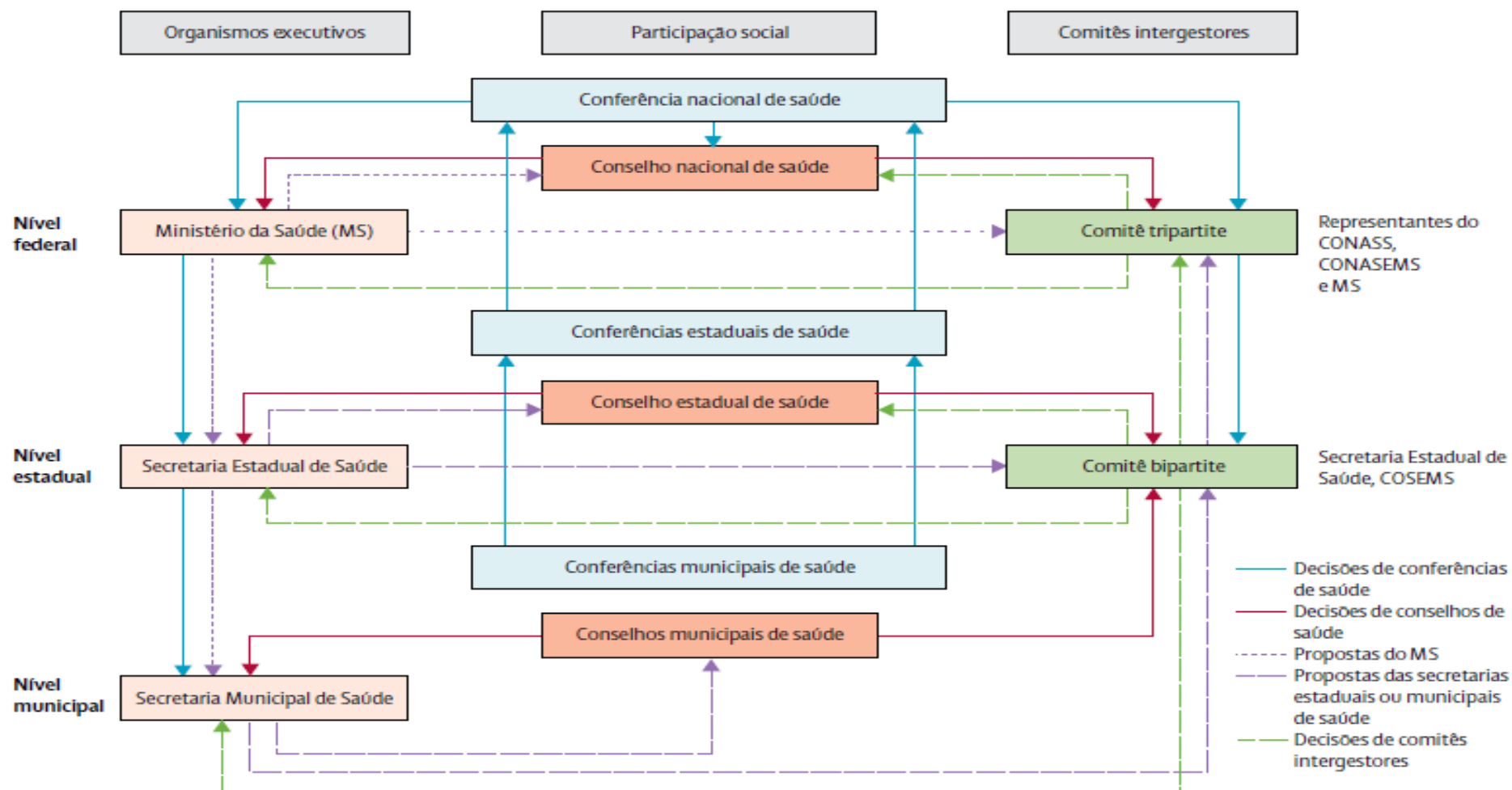


FIGURA 5. PROCESSO DE TOMADA DE DECISÃO NO SISTEMA ÚNICO DE SAÚDE.

FONTE: Paim et al., 2011



### 2.2.5 Níveis de Atenção do Sistema Único de Saúde

O Sistema Único de Saúde abrange todo o território nacional sendo formado por três (03) níveis de atenção (GIOVANELLA et al., 2012; PAIM et al., 2011):

A Atenção Primária de Saúde (APS) é o nível mais importante de todo o SUS, é a ponto de entrada, estando mais próximo da população. Deveria solucionar a maioria dos problemas de saúde da população. Possui como princípios enfrentar os determinantes sociais de saúde, acessibilidade e cobertura universal, participação comunitária, ações intersetoriais e reorganização do sistema de saúde. Oferece atendimento de baixa complexidade, atuando na prevenção de doenças e promoção da saúde, principalmente na população de baixa renda (CONASS, 2011; PAIM et al., 2011).

Na atenção secundária de saúde, são oferecidos atendimento de média complexidade (intervenções ambulatoriais) em centros de especialidades como as Unidades de Pronto Atendimento (UPA). São oferecidos atendimentos odontológicos, saúde do trabalhador, exames e serviços de reabilitação. A estrutura da atenção secundária de saúde visa aliviar a demanda na atenção terciária de saúde (PAIM et al., 2011).

A atenção terciária da saúde é o nível mais complexo de todo o SUS. Em 2008, havia a maior demanda de toda a população, para o atendimento de cirurgias, internamentos, transplantes e entre outros aumentando os gastos públicos. Contudo no setor público os recursos são suficientes para o atendimento de toda a população. Dessa maneira, foi proposto a reorganização do SUS (descentralizado) e o financiamento do SUS re-distribuído entre os três esferas de governo saúde (PAIM et al., 2011).

### 2.2.6 Fortalecimento da atenção básica de saúde

Nos últimos anos, o Ministério da Saúde (MS), tem priorizado o fortalecimento da APS, atuando de forma descentralizada, estando mais próximo da população, desenvolvendo ações intersetoriais (agricultura, infraestrutura, educação e saúde) (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013) buscando priorizar o primeiro atendimento, prevenindo doenças, promovendo saúde, melhorias nas condições de qualidade de vida e redução dos gastos públicos (BRASIL, 2014b; MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

Em 2014, 72,4% das mortes ocorrem devido as DCNTs e seus fatores associados no Brasil (consumo excessivo de álcool, tabaco, alimentação inadequada e promoção da atividade física), sendo todos os fatores modificáveis, que podem ser prevenidos na APS (GOMES et al., 2014a; VIGITEL, 2014). Dessa maneira, para fortalecer a APS, foi criado programas com uma equipe multiprofissional; como programas agentes comunitários de saúde (ACS), programa Estratégia Saúde da Família (ESF) sendo o principal programa para reorganizar a APS, Núcleo de Apoio da Saúde da Família (NASF), programa Saúde na Escola (PSE) e programa Academia da Saúde (PAS) principal programa de promoção da atividade física no Brasil (MINISTÉRIO DA SAÚDE, 2013).

### 2.2.7 Políticas públicas para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e promoção da atividade física no sistema único de saúde.

No Brasil, a partir de 2006, realiza esforços para prevenção de DCNTs, dentre elas, a criação da Política Nacional de Promoção da Saúde (PNPS), Política Nacional de Atenção Básica (PNAB) e em 2011 o plano de ações estratégicas para o enfrentamento de DCNTs (MALTA; SILVA JR, 2013; MALTA et al., 2014).

O plano de ações estratégicas para o enfrentamento de DCNTs visa enfrentar e deter nos próximos dez (10) anos o avanço das DCNTs. Para que isto ocorra, foram criadas metas, como a expansão da atenção primária de saúde, realizando ações intersetoriais junto ao sistema único de saúde,

implementado políticas públicas efetivas, integradas, sustentáveis e baseadas em evidências.

Desse modo, foi definido três (03) eixos; a) Vigilância, informação, avaliação e monitoramento (através da Vigilância de Fatores de Risco e Proteção para Doenças Crônicas por Inquérito Telefônico (VIGITEL), Pesquisa Nacional por Amostra de Domicílios (PNAD), Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística (IBGE) e Pesquisa de Orçamento Familiares (POF) b) Promoção da saúde (ações para promoção da atividade física, alimentação saudável, tabagismo/álcool, e envelhecimento ativo. c) cuidado integral (capacitação e telemedicina, medicamentos gratuitos, linha de cuidado de DCNTs (MALTA; SILVA JR, 2013).

Em relação a promoção da atividade física, recomenda-se promover ações de aconselhamento e divulgações de atividade física, incentivando a melhoria das condições dos espaços públicos, incorporando brincadeiras, jogos e danças populares (MALTA; SILVA JR, 2013; MALTA et al., 2014).

#### 2.2.8 Intervenções nacionais para promoção da atividade física no sistema único de saúde

Em 2011 o Governo Federal, disponibilizou 171 milhões de reais para 1.500 municípios que integram a Rede Nacional de Promoção da Saúde (RNPS). Destes, 70% utilizaram os recursos em programas de promoção da AF e práticas corporais (MALTA et al., 2014). A maioria dos municípios contemplados, são de cidades com pequeno porte  $\leq 30.000$  habitantes, localizadas na região nordeste do país. Realizam intervenções principalmente para a população adulta (diabéticos e hipertensos), desenvolvendo atividades em parques, praças, ginásios e nas unidades básicas de saúde (UBS) (AMORIN et al., 2013).

Além de disponibilizar recursos da RNPS, o Governo Federal desenvolve programas como, por exemplo: programa Vida Saudável (pessoas com mais de 60 anos), programa Segundo Tempo (direcionado, para crianças a partir dos seis anos), programa Saúde na Escola (todos alunos que

frequentam escolas), programa Academia da Saúde (população em geral) e nas Unidades Básicas de Saúde (UBS) (MALTA et al., 2014).

Nas UBS que possuem os programas Estratégia Saúde da Família (ESF) e o Núcleo de Apoio a Saúde da Família (NASF) é realizado intervenções para a prevenção/controle do tabaco e álcool, alimentação saudável, ambiente saudável e promoção da atividade física. Porém, apenas 39,8% das UBS, oferecem programas de promoção da AF (GOMES et al., 2014b; RAMOS et al., 2014).

Nesse sentido, o Programa Academia da Saúde (PAS) foi criado em 2011, com previsão de construção de 5.000 polos até o ano de 2015 sendo a principal ação para a promoção da AF da população, atuando junto ao Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil, realizando ações voltadas ao modo de vida saudável da população na APS (MALTA; SILVA JR, 2013; MALTA et al., 2014).

O principal objetivo do programa é contribuir para a promoção da saúde, produção do cuidado e de modo de vida saudáveis da população a partir da implantação de polos com infraestrutura e profissionais qualificados desenvolvendo atividades com equipe multiprofissional e intersetorial contemplando oito (08) eixos; a) Práticas corporais e atividade físicas, b) Produção do cuidado e de modo de vida saudáveis, c) promoção da alimentação saudável, d) práticas integrativas e complementares, e) práticas artísticas e culturais, f) planejamento e gestão e g) mobilização da comunidade.

Para implementar o PAS, cabe ao gestor municipal saúde solicitar junto ao MS. Para que isto ocorra, recomenda-se que o gestor possua um grupo de apoio à gestão do polo, auxiliando nos recursos que são repassados diretamente através dos Fundos Municipais de Saúde (FMS), licitação para construção, contratação de profissionais qualificados e manutenção do polo.

### 3 MATERIAIS E MÉTODOS

O Estado do Paraná fica localizado na região sul do país, possui 11.219.013 habitantes, ocupa uma área territorial de 199.880 Km<sup>2</sup>, composto por 399 municípios, distribuídos em 22 regionais de saúde. O Estado tem a quarta maior economia do país e possui um dos melhores Índices de Desenvolvimento Humano (IDH=0,749) do país (IBGE, 2010; IPARDES, 2010).

O presente estudo é oriundo do projeto “Práticas Locais e o Uso de Evidências na Prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Estado do Paraná”. Cujo, objetivo principal analisar o uso de TDBE por Secretários Municipais de Saúde do Estado do Paraná para a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e promoção da atividade física.

O projeto foi coordenado pelo professor doutor Rodrigo Siqueira Reis, desenvolvido pelo Grupo de Pesquisa em Atividade Física e Qualidade de Vida (GPAQ), em parceria com a Universidade Federal do Paraná (UFPR) e Pontifícia Universidade Católica do Paraná (PUCPR).

#### 3.1 DELINEAMENTO DO ESTUDO

O presente estudo, caracteriza-se como um estudo descritivo transversal, abordando um metodologia mista (quantitativa “etapa 1” e qualitativa “etapa 2 e 3”), realizado com Secretários Municipais de Saúde no Estado do Paraná. A etapa um (01) caracteriza-se com um estudo transversal descrito quantitativo (JERREY; JACK; STHEPEN, 2012; LEVIN, 2006). As etapas dois (02) e três (03) caracterizam-se como estudos transversais de cunho qualitativo exploratório (CRESWELL, 2014)(FIGURA 6).

As etapas do estudo apresentadas (Figura 6) são descritas a seguir. A etapa 1 (quantitativa), caracterizou-se como um inquérito que teve por objetivo

descrever o perfil dos gestores de saúde, barreiras e facilitadores para o processo de tomada de decisão baseada em evidências evidência para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis entre os Secretários Municipais de Saúde do Estado do Paraná. A etapa 2, qualitativa, foi conduzida em uma amostra composta pelos Presidentes das Regionais de Saúde do Estado Paraná, com intuito de explicar e detalhar com clareza os resultados obtidos na etapa 1. Além de reportar as barreiras e facilitadores para o uso de TDBE, os participantes da etapa 2 indicaram dois municípios da respectiva Regional de Saúde, sendo um (01) com destaque e um (01) com dificuldades na área de Prevenção de DCNTs. Finalmente, na etapa 3, os Secretários de Saúde dos Municípios apontados na etapa 2 foram convidados a participar de uma entrevista semi-estruturada (etapa 3), com objetivo caracterizar o processo de TDBE para prevenção de DCNTs e promoção da AF no Estado do Paraná.

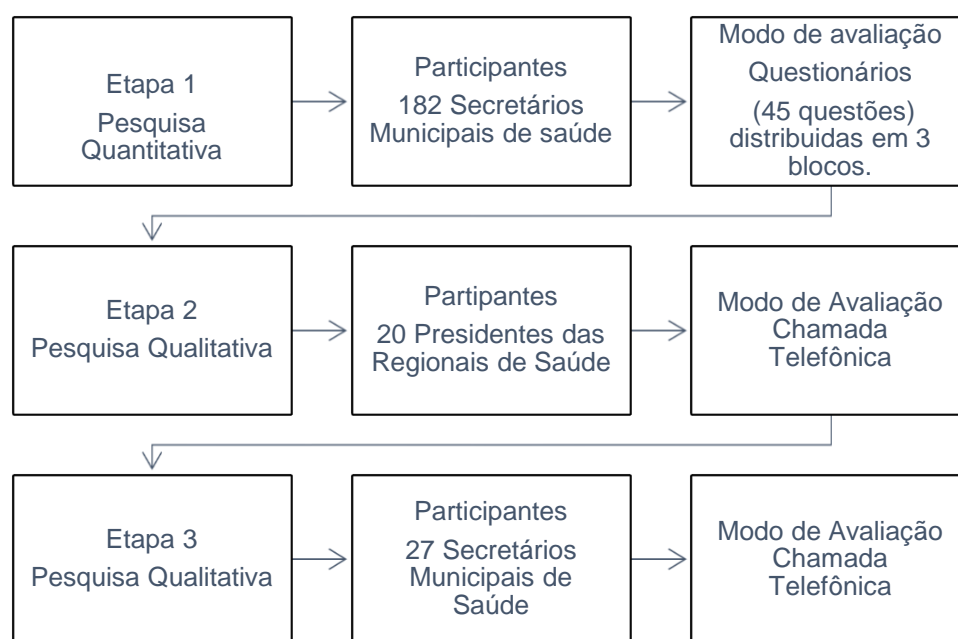


FIGURA 6. ETAPAS DO ESTUDO.

FONTE: O autor (2016)

### 3.2 METODOLOGIA QUANTITATIVA (ETAPA 1)

#### 3.2.1 Seleção dos participantes do estudo

Inicialmente, realizou-se uma reunião com os representantes do Conselho de Secretários Municipais de Saúde do Paraná (COSEMS-PR) e Conselho Nacional de Secretários Municipais de Saúde (CONASEMS), com objetivo apresentar o projeto “Práticas Locais e o uso de evidências na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis no Estado do Paraná”, e detalhar os objetivos, procedimentos metodológicos e questionário empregado no projeto, assim como obter sugestões e abordar possíveis dúvidas. Após a apresentação do projeto, foi emitida uma autorização pelo presidente do COSEMS-PR para execução do projeto (ANEXO 1).

A seleção dos participantes ocorreu de forma intencional (amostra não probabilística), na qual todos os Secretários Municipais de Saúde que estavam presentes nas reuniões das regionais de saúde foram convidados a participar do estudo (FIGURA 7) (JERREY; JACK; STHEPEN, 2012). Para isso realizou-se uma busca manual das informações (nome, e-mail, telefone) referentes as 22 regionais de saúde do Estado nas bases de dados disponibilizadas pelo COSEMS-PR e CONASEMS.

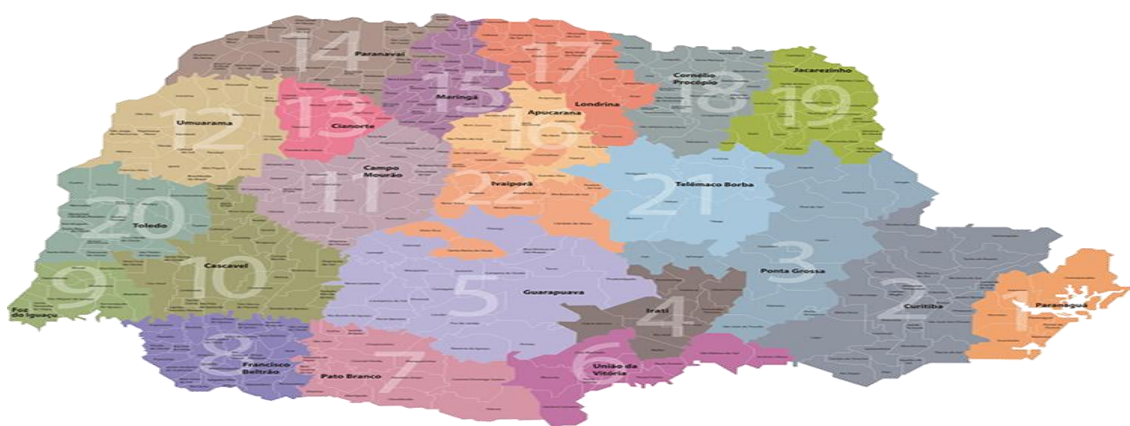


FIGURA 7. REGIONAIS DE SAÚDE DO ESTADO DO PARANÁ.

FONTE: Conselho de secretários municipais de saúde do Estado do Paraná.

### 3.2.2 Critérios de inclusão

Foram considerados “elegíveis” para este estudo, todos os Secretários Municipais de Saúde do Estado do Paraná, presentes nas reuniões das regionais de saúde e em exercício do cargo nos anos de 2014 e 2015.

### 3.2.3 Critérios de exclusão

Foram excluídos da análise os indivíduos que após o preenchimento dos questionários e confirmação das informações pessoais não correspondiam ao cargo de Secretário Municipal de Saúde (auxiliares administrativo, representante do secretário de saúde, enfermeiros).

### 3.2.4 Instrumentos da coleta de dados

### 3.2.5 Equivalência transcultural do instrumento

O instrumento foi desenvolvido à partir da tradução e adaptação transcultural do questionário Local Evidence Affecting Decisions in Public Health (ALLEN et al., 2013). Para tanto, adotaram-se procedimentos reportados na literatura (LIMA; RECH; REIS, 2013; REICHENHEIM; MORAES, 2007).

Inicialmente, realizou-se uma revisão na literatura com os estudos realizados previamente com o instrumento. Dessa forma, foi possível identificar a população alvo, procedimentos de coleta de dados, variáveis do instrumento, delineamentos de pesquisa e resultados dos estudos.



Após, realizou-se a tradução para o português por duas (02) pessoas com nacionalidade brasileira e fluentes na língua inglesa. A tradução foi feita de maneira independente e em caso de dúvidas, as mesmas foram registradas para revisão posterior.

Consolidada a etapa de tradução do instrumento, realizou-se uma reunião com quatro (04) pesquisadores na área de saúde coletiva e atividade física, integrantes do Grupo de Pesquisa em Atividade Física e Qualidade de Vida (GPAQ/PUC-PR). A reunião consistia em identificar possíveis termos que possuíam múltiplas interpretações que poderiam estar presentes após a tradução. Além de discutir os conceitos, itens e temas abordados pelo instrumento.

Constatou-se pequenas dificuldades que foram alteradas no instrumento para se adequarem à realidade brasileira, além de inserir três (03) novas questões discursivas no instrumento: a) *“No seu município, quais são as três principais prioridades de saúde? Cite em ordem de importância.”* b) *“No seu município, o que aumentaria a prioridade da Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs) em relação a outras questões de saúde?”* c) *“No seu município, quais são as três principais ações de Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs)? Descreva em ordem de importância.”* Após todas as divergências e correções, foi consolidada em uma única versão instrumento em português.

Ao final do processo de tradução e adaptação o instrumento final apresentou 45 questões distribuídas em 3 Blocos. Bloco 1 – informações sociodemográficas (nome, idade, município formação profissional, tempo de serviço como SMS), Bloco 2- informações do município (prioridades de saúde, ações de prevenção e prevenção de DCNTs), Bloco 3 Tomada de decisões baseadas em evidências (uso de TDBE, apoio da SES, apoio do MS e uso de recursos para TDBE). (ANEXO 2). O instrumento apresentou boa fidedignidade (consistência interna), com alpha de Cronbach de 0,92, porém não foi avaliada a estabilidade temporal (reprodutibilidade) do mesmo.

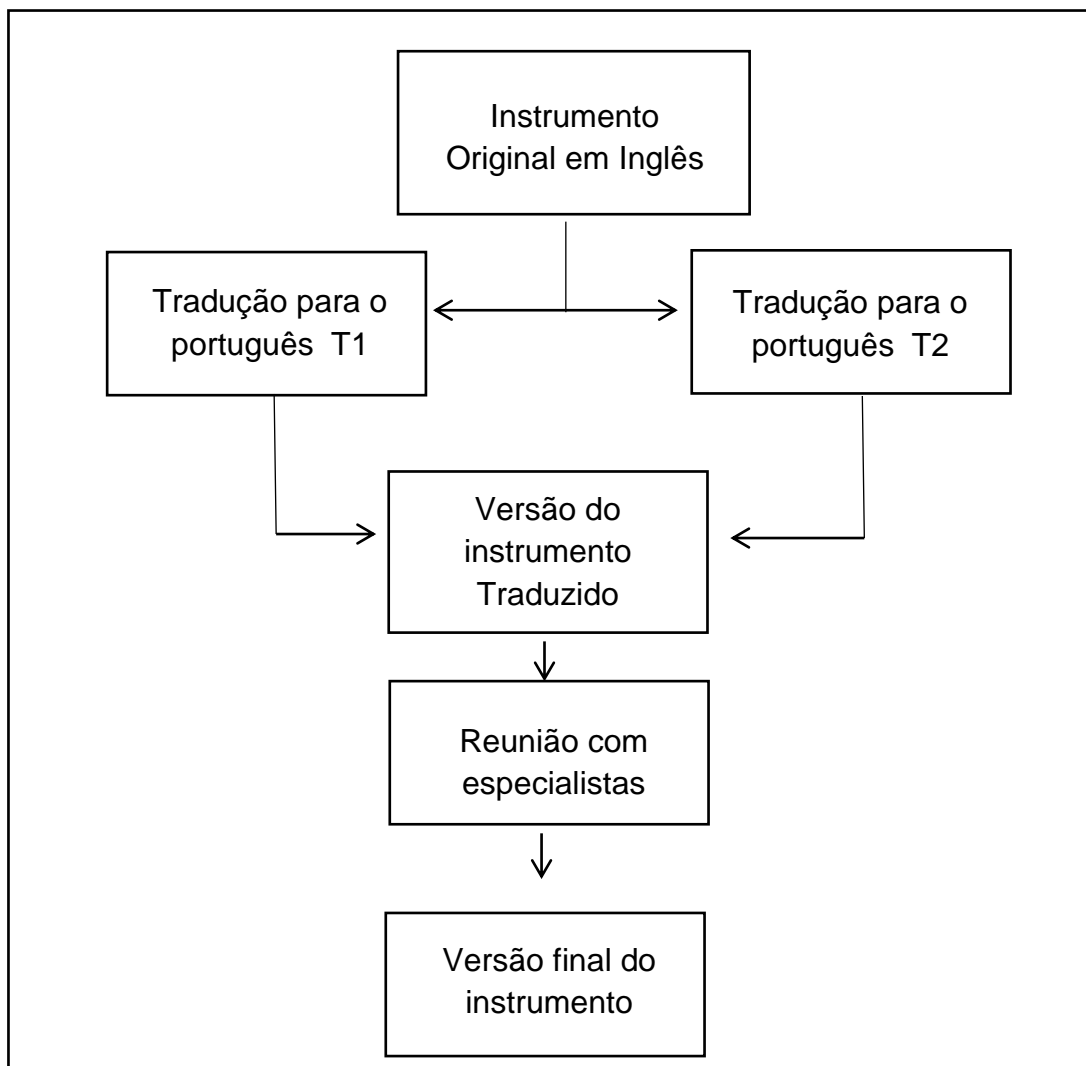


FIGURA 8. FLUXOGRAMA PARA ADAPTAÇÃO TRANSCULTURAL DO INSTRUMENTO.

FONTE: O autor (2016)

### 3.2.6 Treinamento dos entrevistadores

Foi realizado um treinamento teórico e prático, com os três (03) membros da equipe responsável pela execução da coleta de dados. O treinamento consistiu em padronizar e aprimorar o entendimento referente as

questões. Reduzindo possíveis erros de compreensão, tanto do entrevistador como do entrevistado.

Inicialmente, foi apresentado o instrumento e discutidas as características de cada bloco (conceitos, leitura e exemplos), pelo pesquisador responsável. Para cada uma das 45 questões foi realizada a leitura, indagando os pontos chaves e o modo de preenchimento. Caso ocorresse alguma dúvida entre os entrevistadores as mesmas eram discutidas e sanadas.

### 3.2.7 Agendamento da Coleta de dados

O agendamento foi realizado por um (01) pesquisador auxiliar do projeto. No qual, realizou o contato via telefone e/ou e-mail com o presidente e/ou apoiadores das regionais de saúde para confirmar o dia, local e horário da reunião.

### 3.2.8 Coleta de dados

A coleta ocorreu de forma coordenada nas reuniões dos Secretários Municipais de Saúde (SMS) “face-a-face”, entre o mês de Abril e Setembro (23/04/2014 - 22/08/2014), totalizando 99 dias.

Nas reuniões o pesquisador apresentava-se e ressaltava sobre a aplicação do questionário. Realizou um breve relato sobre o projeto a importância do projeto, bem como, os critérios de inclusão e exclusão para participar. Foi ressaltado que os resultados da pesquisa seriam utilizados somente para fins científicos. Caso surgisse alguma dúvida a mesma era sanada.

No momento seguinte foi entregue o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido (TCLE) (ANEXO 3) para os secretários municipais de saúde (SMS). Após o aceite, foram distribuídos o questionário para os SMS. O pesquisador leu em voz alta as 45 questões, orientando os SMS quanto a necessidade de responder todas as questões, bem como a forma de preenchimento.

### 3.2.10 Entrada de dados e conferência dos questionários

A digitação dos dados iniciou-se dia 01/08/2014 e foi concluída no dia 25/08/2014 totalizando 24 dias. Optou-se por realizar o método de dupla entrada dos dados, utilizando o *software* Epidata. Esse procedimento visa reduzir os erros de tabulação. Caso ocorresse divergência entre a primeira e segunda digitação era feita a conferência no questionário. Concluída a digitação, foi realizada a conferência dos dados e limpeza do banco. Após término os dados foram exportados para o *software* SPSS 20.0

### 3.2.11 Variáveis do estudo

#### **Variável dependente**

##### a) Tomada de Decisão Baseada em Evidências

A variável dependente foi definida à partir da seguinte questão: No meu trabalho, eu uso a Tomada de Decisão Baseadas em Evidências? As respostas foram obtidas em escala *likert* com opções de respostas entre (01) e sete (07), atribuindo (01) para discordo totalmente e sete (07) concordo totalmente. Posteriormente as respostas foram dicotomizadas em duas categorias (1-5 baixo uso de TDBE) e (6-7 alto uso de TDBE).

### **Variável independente:**

Foram consideradas como variáveis independentes as seguintes informações: a) Apoio da Secretária Municipal de Saúde (SMS) obtidas por seis (06) questões, b) Apoio da Secretária Estadual de Saúde (SES) e Ministério da Saúde (MS) através de quatro (04) questões e c) barreiras para o uso de periódicos científicos, definidas a partir de oito (08) questões.

As questões de apoio da SMS, SES e MS, foram obtidas na escala Likert, com opções de respostas atribuindo o valor um (01) discordo totalmente a sete (07) concordo totalmente. Posteriormente todas variáveis foram classificadas em duas categorias (1-5 baixo apoio para TDBE) e (6-7 alto apoio para TDBE). Enquanto as barreiras para o uso de periódicos científicos foram obtidas de maneira dicotômica, zero (0) ausência da barreira e um (01) presença da barreira.

### **Variáveis de Controle**

Foram consideradas como possíveis variáveis de confusão as seguintes informações: sexo, faixa etária, escolaridade, formação profissional, pós graduação em saúde pública, tempo de serviço no município, tempo de serviço na área de saúde pública, tempo como secretário municipal de saúde e porte do município. As variáveis foram operacionalizadas com as seguintes categorias: a) Sexo (feminino “1” e masculino “2”); b) Faixa etária (18-39, 40-49, 50-59 e 60 anos ou mais); c) Graduação em saúde pública: (Especialização, Mestrado acadêmico, Mestrado profissional e Doutorado); d) Tempo de serviço no município: ( $\leq$  “6” meses, 07 a 12 meses, “1” a “2” anos, > “2” a “4” anos e  $\geq$  “5” anos); e) Tempo de serviço na área de saúde pública (  $\leq$  “6” meses, “7 a 12” meses, “1 a 2” anos, > “2 a 4” anos e  $\geq$  “5” anos; f) Tempo de serviço com Secretário Municipal de Saúde: (  $\leq$  “6” meses, “7 a 12” meses, “1 a 2” anos, > “2 a 4” anos e  $\geq$  “5” anos); g) Porte do Município: “ $\leq$ 10.000” habitantes, “10.0001 à 50.000” habitantes e “ $\geq$ 50.001 à maiores de 500.000 habitantes” (IBGE, 2014).

### 3.2.12 Análise estatística

Previamente à descrição dos dados, foi testada a normalidade de distribuição de todas as variáveis de independentes e dependentes para definir a forma de análise. Dado as mesmas não apresentaram normalidade, optou-se pela uso da distribuição de frequências absoluta e relativa e o teste qui-quadrado ( $\chi^2$ ) para proporções e heterogeneidade para a descrição das variáveis. A associação entre as barreiras e o apoio para TDBE foi testada através de regressão logística no software SPSS 20.0 adotando o valor de significância  $p \leq 0,05$ . Na análise bruta, foi testada a associação entre as potenciais variáveis associadas com o uso de TDBE e em seguida todas as variáveis que apresentaram  $p \leq 0,20$  foram inseridas no modelo final.

### 3.3 METODOLOGIA QUALITATIVA (ETAPA 2)

#### 3.3.1 Seleção dos participantes

Os participantes foram selecionados de forma não probabilística (intencional), sendo selecionados os sujeitos que melhor representem a população que pretende ser estudada (OLIVEIRA, 2013), e que no presente estudo foi definida como sendo os Presidentes das Regionais de Saúde do Estado do Paraná

#### 3.3.2 Desenvolvimento da entrevista

O desenvolvimento da entrevista seguiu os procedimentos descritos na literatura (CRESWELL, 2014). Inicialmente, realizou-se uma revisão ampliada na literatura, com intuito de identificar estudos que abordaram o uso de tomada de decisão baseadas em evidência para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, bem como as principais dificuldades, benefícios e características dos estudos (revisão da literatura).

Foi construída e discutida uma matriz conceitual (APÊNDICE 1), relacionando os objetivos do projeto com as questões descritas. Após realizou-se uma reunião com especialistas na área de saúde pública, integrantes do Grupo de Pesquisa em Atividade Física e Qualidade de Vida (GPAQ/PUC-PR). Esse procedimento teve como objetivo, sintetizar as informações, melhorar a compreensão e entendimento das questões, reduzindo possíveis equívocos durante as entrevistas.

O instrumento final foi composto por 23 questões distribuídas em seis (06) blocos. (Bloco 1) - Informações sociodemográficas (gênero, idade, tempo de serviço e formação profissional) , (Bloco 2) - Prioridades de saúde na regional (prioridade de prevenção de DCNTs e ações para prevenção) (Bloco

3) - Conhecimento de intervenções para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis baseada em evidências (ações para prevenção de DCNTS e uso de evidências para prevenção de DCNTS), (Bloco 4) - Uso de Tomada de Decisão Baseada em Evidência (conhecimento de TDBE e programas para DCNTs nos municípios), (Bloco 5) - Barreiras para Tomada de Decisão Baseada em Evidência (principais para barreiras para TDBE) (Bloco 6) - Apoio da Secretária Estadual e Municipal para os programas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis baseada em evidência (acesso a evidências científicas, capacitação profissional, uso de evidências na regional e nos municípios) (APÊNDICE 2).

Para verificar o bom entendimento da entrevista estruturada, realizou-se um estudo piloto com quatro (04) gestores de saúde. O estudo piloto foi realizado para identificar possíveis dificuldades de compreensão, refinar a clareza das questões e verificar o entendimento dos entrevistados. Não foi verificado nenhuma dificuldade no momento das entrevistas e o instrumento não teve nenhuma alteração.

### 3.3.3 Agendamento das entrevistas

O agendamento das entrevistas ocorreu por e-mail e telefone com os 22 presidentes das regionais de saúde, solicitando a participação, bem como apresentando os objetivos propostos na segunda etapa. Em seguida foram esclarecidas as possíveis dúvidas referente ao projeto assim como detalhes sobre a realização das entrevistas. As entrevistas foram agendadas de acordo com a disponibilidade dos gestores de saúde que informaram o melhor dia e horário para a realização das mesmas.



### 3.3.4 Coleta de dados

As entrevistas ocorreram entre Março e Abril de 2015 e foram realizadas através de uma chamada telefônica (gravada e posteriormente descrita), utilizando *software nextcall usb*. Além de gravar as entrevistas o *software* permite realizar anotações (pontos específicos), identificando algumas características como: dificuldades de respostas, auxílio de outras pessoas, nervosismos, incoerência e anotações que poderiam auxiliar no momento da análise de conteúdo). Todas as entrevistas foram realizadas por uma pessoa previamente treinada.

### 3.3.5 Armazenamento dos dados

Após término de cada entrevista, realizou-se a cópia dos arquivos e em seguida todas as informações obtidas foram transcritas por dois (02) pesquisadores auxiliares. Após a transcrição realizou-se a revisão das informações (áudio e transcrição). Para o propósito de interesse deste estudo, os dados que poderiam identificar os gestores foram substituídos por códigos. Exemplo: João ( RS 1), Maria (RS 2).

### 3.3.6 Análise de dados

Para análise das entrevistas, utilizou-se a análise de conteúdo, classificando os relatos nas seguintes categorias definidas a priori: a) barreiras para TDBE; b) facilitadores (apoio da SES e SMS) para TDBE; c) conhecimento de intervenções baseadas e evidências e c) prioridades de saúde dos municípios. Além disto os participantes foram, solicitados a fornecer indicação de um (01) municípios que apresenta destaque para prevenção de DCNTs e de um (01) que relata dificuldades) (FIGURA 09). Para as análises foram realizadas leituras exaustivas para melhor interpretação dos resultados,

estabelecendo categorias que pudessem melhor expressar os relatos dos participantes de acordo com a revisão de literatura e os resultados obtidos na etapa 1 (CRESWELL, 2014).

As análises de conteúdos foram realizadas a partir dos relatos dos gestores, considerando as seguintes questões:

a) Qual (is) as principais dificuldades que o (a) senhor (a) identifica, para o uso de tomada de decisão baseada em evidência?; b) A Secretária Estadual de Saúde, apoia o uso de ações baseada em evidências nos serviços de saúde, programas e políticas? Como?; c) O (a) senhor (a) conhece ou ouviu falar sobre intervenções baseada em evidências?; e d) O (a) senhor (a) poderia nos apontar, um município da sua regional de saúde que se destaca e outro que relata dificuldades na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis?

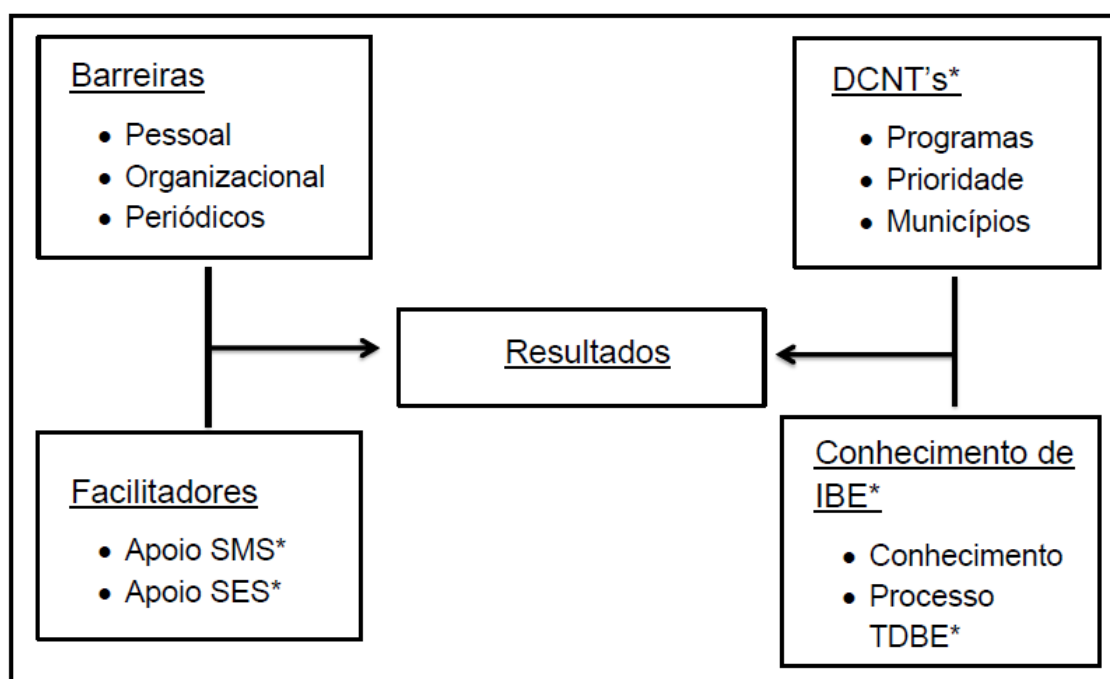


FIGURA 9. PROCESSO DA ANÁLISE DE CONTEÚDO (ETAPA 2).

FONTE: O autor (2016)

### 3.4 METODOLOGIA QUALITATIVA (ETAPA 3)

#### 3.4.1 Seleção dos participantes

Os participantes desta etapa foram selecionados de forma não probabilísticas (intencional) (OLIVEIRA, 2013), a partir da indicação dos presidentes das regionais de saúde entrevistados na etapa anterior.

#### 3.4.2 Desenvolvimento da entrevista

O desenvolvimento da entrevista seguiu os procedimentos descritos na literatura (CRESWELL, 2014). Para tanto, realizou-se uma revisão ampliada da literatura, com intuito de identificar estudos que abordaram o uso de tomada de decisão baseadas em evidências e as fases de evidências proposta por Bronwson (BROWNSON et al., 2011). Tendo como base as informações obtidas na revisão de literatura foi desenvolvida uma matriz conceitual com auxílio de pesquisadores do Grupo de Pesquisa em Atividade Física e Qualidade de Vida (GPAQ/PUCPR), relacionando os fatores que podem estar associado com o processo de TDBE e os objetivos propostos no estudo

Para verificar a clareza dos itens e entendimento por parte dos entrevistados foi realizado um estudo piloto com dois (02) gestores de saúde e não foi verificada dificuldades no momento da entrevista. Desse modo, o instrumento final foi composto por 17 questões distribuídas em sete (07) blocos: informações sociodemográficas (Bloco 1); prioridades de saúde do município (*Bloco 2*); conhecimento de intervenções para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis baseada em evidências (Bloco 3); barreiras para tomada de decisão baseada em evidências (Bloco 4); apoio aos programas para *prevenção de* doenças crônicas não transmissíveis baseada em evidências (Bloco 5); fases da evidência para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis (Bloco 6) e fases da evidência para promoção da atividade física (Bloco 7) (APÊNDICE 3).

### 3.4.3 Treinamento dos entrevistadores

Realizou-se um treinamento teórico prático com o responsável pelo projeto e com três (03) pesquisadores auxiliares. Inicialmente foram mencionadas todas as questões e discutidas. Caso fosse identificado alguma divergência ou dúvida as mesmas eram padronizadas e sanadas. Além de esclarecer as dúvidas, foi aconselhado a melhor maneira de se dirigir aos secretários municipais de saúde, bem com a apresentação, maneira de aplicar o instrumento e o desenvolvimento da entrevista.

### 3.4.4 Agendamento das entrevistas

O agendamento das entrevistas foi realizado por e-mail e/ou telefone com os Secretários Municipais de Saúde. Durante o agendamento foram esclarecidas todas as possíveis dúvidas referentes ao projeto e o modo de que as entrevistas seriam realizadas.

### 3.4.5 Coleta de dados

As entrevistas foram realizadas entre os meses de Julho e Agosto de 2015 através de uma chamada telefônica (gravada e posteriormente descrita), utilizando *software nextcall usb*. Todas as entrevistas foram realizadas por dois (02) pesquisadores previamente treinados.

Cada entrevistador foi aconselhado possuir um bloco de papel ao realizar as entrevistas, para redigir (pontos específicos “observações”) que pudessem auxiliar na transcrição e análise de conteúdo.

A transcrição das entrevistas foi feita por dois (02) pesquisadores auxiliares. Durante a transcrição foram realizadas observações (pontos no qual o entrevistado não soube responder, incoerência nas respostas e possíveis

dúvidas durante a transcrição). Após cada transcrição um (01) pesquisador auxiliar realizou a revisão do áudio e a transcrição das entrevistas.

#### 3.4.6 Armazenamento e análise de dados

Após termino de cada entrevista, realizou-se uma cópia dos arquivos e em seguida todas as informações obtidas foram transcritas. Para sigilo dos dados, todas as informações que poderia identificar os gestores foram codificadas, por exemplo “João”, código 1, (CRESWELL, 2014).

#### 3.4.7 Análise de dados

Para propósito de interesse deste estudo, os dados foram analisados segundo os relatos dos gestores de saúde nas fases de planejamento, desenvolvimento, implementação de programas para prevenção de DCNTs e promoção da AF a partir das seguintes questões:

- a) O (a) senhor (a) poderia me descrever como é o processo de planejamento, desenvolvimento e implementação dos programas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis no seu município?
- b) O (a) senhor (a) poderia me descrever como é o processo de planejamento, desenvolvimento e implementação dos programas de promoção da atividade física no seu município?

A partir das questões acima, os relatos foram distribuídos nas sete (07) fases de evidências proposto na literatura para o uso de TDBE; a) avaliar a comunidade; b) identificar o problema; c) quantificar o problema; d) buscar evidências na literatura; e) desenvolver e priorizar ações e f) avaliação do programa (FIGURA 10) (BROWNSON et al., 2011).

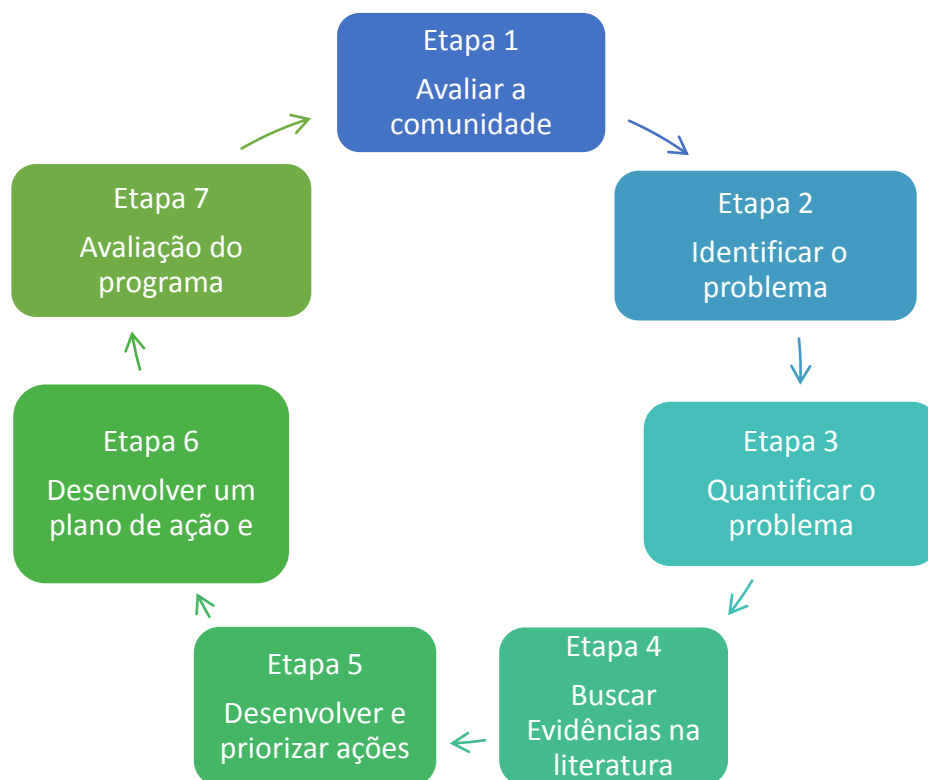


FIGURA 10. PROCESSO DE ANÁLISE DE CONTEÚDO (ETAPA 3).

FONTE: Adaptado Ross Brownson et al., 2011

### 3.5 ASPECTOS ÉTICOS

Esta pesquisa foi conduzida após aprovação do Comitê de Ética e Pesquisa (nº130.240) (ANEXO 4).

### 3.6 FINANCIAMENTO

Este projeto foi financiado pelo Ministério da Saúde e Fundação Araucária, através da chamada Pública de Projetos 04/2012. Programa de Pesquisa para o Sistema Único de Saúde: Gestão Compartilhada em Saúde PPSUS – Edição 2011.

## 4. RESULTADOS

### 4.1 RESULTADOS (etapa 1)

O Estado do Paraná é composto de 399 municípios com o mesmo número de Secretarias Municipais de Saúde. Desses, foram entrevistados ( $n=182$ ; 45,61%) Secretários Municipais de Saúde. Os gestores que não estavam presentes nas reuniões das regionais de saúde ou estavam sendo representados por outros funcionários foram considerados como perdas ( $n=205$ ; 51,37%). A terceira regional de saúde composta por 12 municípios (3,0%) se recusou a participar do estudo (FIGURA 11).

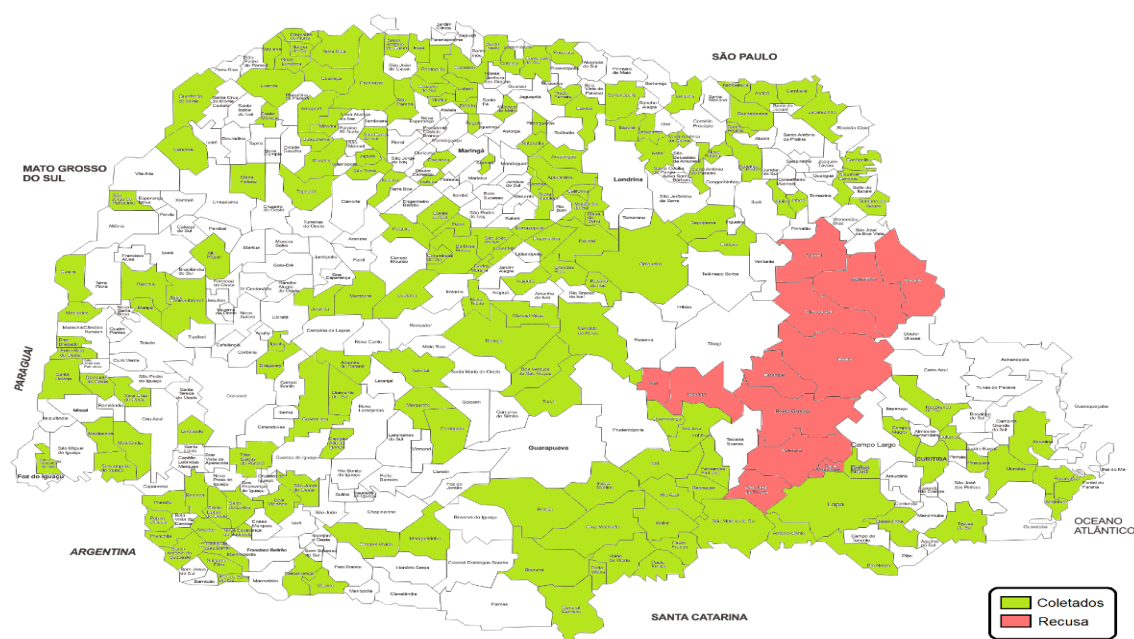


FIGURA 11. MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARANÁ AVALIADOS NA PRIMEIRA ETAPA DO ESTUDO.

FONTE: O autor (2016)

A amostra final foi composta por 182 Secretários Municipais de Saúde do Estado do Paraná, sendo a maioria mulheres (56%), acima de 40 anos de idade (54,1%). Um terço da amostra (31,3%), ocupam o cargo há cinco (05) anos ou mais (31,3%) e trabalham em cidades de pequeno porte ( $\leq 10.000$  Habitantes; 49,5%). Em relação a escolaridade, (33,0%) possui ensino superior completo e (24,1%) realizaram pós-graduação em saúde pública. Mais da metade da amostra (53,8%) reportou uso elevado ( $p < 0,05$ ) TDBE para prevenção de DCNTs (TABELA 2).

Tabela 2. Características dos Secretários Municipais de Saúde do Estado do Paraná, 2014 (n=182).

Variáveis	Baixo TDBE (n=84; 46,2%)		Alto TDBE (n=98; 53,8%)			Total (n=182; 100,0%)	
<b>Gênero</b>	N	%	N	%	P	N	%
Homens	35	43,8	45	56,2	0,565	80	44,0
Mulheres	49	48,0	53	52,0		102	56,0
<b>Idade (anos)</b>							
23-40	43	51,8	40	48,2	0,180	83	45,9
>40-73	41	41,8	57	58,2		98	54,1
<b>Escolaridade</b>							
Médio completo	9	34,6	17	65,4	0,379	26	14,3
Superior incompleto	5	33,3	10	66,7		15	8,2
Superior completo	30	50,0	30	50,0		60	33,0
Pós-graduado	40	49,4	41	50,6		81	44,5
<b>Pós-Graduação em saúde pública</b>							
Sem pós-graduação	50	41,7	70	58,3	0,091	120	65,9
Com pós-graduação	34	54,8	28	45,2		62	34,1
<b>Porte do município</b>							
$\leq 10.000$ Habitantes	43	47,8	47	52,2	0,708	90	49,5
10.001-50.000 Habitantes	35	43,2	46	56,8		81	44,5
50.001->500.000 Habitantes	6	54,5	5	45,5		11	6,0
<b>Tempo de serviço SMS</b>							
6 meses ou menos	8	47,1	9	52,9	0,506	17	9,3
7-12 meses	9	45,0	11	55,0		20	11,0
1-2 anos	33	51,6	31	48,4		64	35,2
2-4 anos	10	41,7	14	58,3		24	13,2
$\geq 5$ anos	24	42,1	33	57,9		57	31,3



Na Tabela 3 são apresentados os resultados do apoio da Secretaria Municipal de Saúde para tomada de decisão baseada em evidências. Houve associação entre as variáveis descritas a seguir ( $p \leq 0,05$ ):

O maior uso de TDBE foi observado entre aqueles que concordam que possuem acesso a evidências científicas (69,0%; 27,7% alto TDBE *versus* baixo TDBE 61,5%) e  $\frac{3}{4}$  recebem treinamentos (60,6% alto TDBE *versus* baixo uso TDBE 33,3%). Aproximadamente metade dos gestores, concordam que possuem fontes de informação (68,9% alto TDBE *versus* 39,1% baixo TDBE), recebem recursos (70,5% alto TDBE *versus* 38,3% baixo TDBE), relatam ter equipe de trabalho qualificada na sua Secretaria de Saúde (66,7% alto TDBE *versus* baixo TDBE 39,5%) e apenas 1/5 recebem apoio de instituições (73,8% alto TDBE *versus* baixo TDBE 47,9%).

Tabela 3. Associação entre o apoio da Secretaria Municipal de Saúde para Tomada de Decisão Baseada em Evidência 2014 (n=182).

	Baixo TDBE (n=84; 46,2%)		Alto TDBE (n=98; 53,8%)		Total (n=182; 100,0%)		
	n	%	n	%	P	N	%
<b>Treinamentos</b>							
Discordo	30	66,7	15	33,3	<b>0.001</b>	45	24,7
Concordo	54	39,4	83	60,6		137	75,3
<b>Acesso a evidências</b>							
Discordo	47	72,3	18	27,7	<b>&lt;0.001</b>	65	35,9
Concordo	36	31,0	80	69,0		116	64,1
<b>Fontes de informação</b>							
Discordo	56	60,9	36	39,1	<b>&lt;0.001</b>	92	50,5
Concordo	28	31,1	62	68,9		90	49,5
<b>Recursos</b>							
Discordo	58	61,7	36	38,3	<b>&lt;0.001</b>	94	51,6
Concordo	26	29,5	62	70,5		88	48,4
<b>Equipe de trabalho qualificada</b>							
Discordo	52	60,5	34	39,5	<b>&lt;0.001</b>	86	47,3
Concordo	32	33,3	64	66,7		96	52,7
<b>Apoio de instituições</b>							
Discordo	73	52,1	67	47,9	<b>0.001</b>	140	76,9
Concordo	11	26,2	31	73,8		42	23,1

Na Tabela 4 são apresentados associação entre o apoio da Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde para tomada de decisão baseada em evidências. Aproximadamente metade dos entrevistados (52,2%) discordam que recebem o apoio da SES (67,8% alto TDBE *versus* 41,1% baixo TDBE), recebem recursos da SES (64,1% alto TDBE *versus* 45,6% baixo TDBE), apoio do MS (68,2% alto TDBE *versus* 41,2% baixo TDBE) e aproximadamente 2/3 discordam que recebem apoio do MS para TDBE (70,0% alto TDBE *versus* 43,8% baixo TDBE) ( $p \leq 0,05$ ).

Tabela 4. Associação entre o apoio da Secretaria Estadual de Saúde e do Ministério da Saúde para Tomada de Decisão Baseada em Evidência 2014 (n=182).

TDBE	Baixo (n=84 46,2%)		Alto TDBE (n=98 53,8%)		P	Total (n=182; 100,0%)	
	N	%	N	%		N	%
<b>Apoio da SES para TDBE</b>							
Discordo	56	58,9	39	41,1	<b>&lt;0,001</b>	95	52,2
Concordo	28	32,2	59	67,8		87	47,8
<b>Recursos da SES para TDBE</b>							
Discordo	56	54,4	47	45,6	<b>0,014</b>	103	56,9
Concordo	28	35,9	50	64,1		78	43,1
<b>Apoio do MS para o uso da TDBE</b>							
Discordo	57	58,8	40	41,2	<b>&lt;0,001</b>	97	53,3
Concordo	27	31,8	58	68,2		85	46,7
<b>Recursos do MS para TDBE</b>							
Discordo	63	56,2	49	43,8	<b>0,001</b>	112	61,5
Concordo	21	30,0	49	70,0		70	38,5

Na Tabela 5 é apresentado as barreiras para o uso de periódicos científicos. Em relação as barreiras, a maioria do entrevistados (73,1%) relataram como a principal barreiras a falta de tempo (48,1% alto TDBE *versus* 69,4% baixo TDBE) e aproximadamente metade referiram o excesso de informação uma barreira (44,8% alto TDBE *versus* 62,1% baixo TDBE) ( $p \leq 0,05$ ).

Tabela 5. Associação entre as barreiras para o uso de periódicos e o uso de tomada de decisão baseada em evidência 2014 (n=182).

	Baixo TDBE (n=84 46,2%)		Alto TDBE* (n=98 53,8%)		Total (n=182; 100,0%)		
<b>Custo</b>	N	%	N	%		P	N
Discordo	30	53,6	26	46,4	0,181	56	30,8
Concordo	54	42,9	72	57,1		126	69,2
<b>Dificuldade de identificar os periódicos</b>							
Discordo	28	42,4	38	57,6	0,446	66	36,3
Concordo	56	48,3	60	51,7		116	63,7
<b>Falta de tempo</b>							
Discordo	15	30,6	34	69,4	<b>0,011</b>	49	26,9
Concordo	69	51,9	64	48,1		133	73,1
<b>Excesso de informação</b>							
Discordo	36	37,9	59	62,1	<b>0,020</b>	95	52,2
Concordo	48	55,2	39	44,8		87	47,8
<b>Artigos com ênfase em estatística</b>							
Discordo	42	45,2	51	54,8	0,729	93	51,4
Concordo	42	47,7	46	52,3		88	48,6
<b>Assuntos pouco relevantes</b>							
Discordo	70	47,6	77	52,4	0,416	147	80,8
Concordo	14	40,0	21	60,0		35	19,2
<b>Pouca familiaridade</b>							
Discordo	55	50,5	54	49,5	0,155	109	59,9
Concordo	29	39,7	44	60,3		73	40,1
<b>Pouco acesso a periódicos</b>							
Discordo	31	45,6	37	54,4	0,906	68	37,4
Concordo	53	46,5	61	53,5		114	62,6

Na Tabela 6, foi realizada a análise bruta e ajustada das variáveis associadas ao uso de TDBE. Onze variáveis foram associadas de maneira positiva com alto uso de TDBE; treinamentos (OR=3,07, IC95%:1,51-6,24), acesso a evidências (OR=5,80, IC95%: 2,96-11,34), fontes de informação (OR=3,44, IC95%: 1,86-6,35), recursos (OR=3,84, IC95%: 2,07-7,13), equipe qualificada (OR=3,05, IC95%: 1,66-5,60), apoio de instituições (OR=3,07, IC95%: 1,43-6,58), apoio da SES (OR=3,02, IC95%:1,64-5,55), recursos da SES para TDBE (OR=2,12, IC95%: 2,12, 1,16-3,89), apoio do MS para TDBE (OR=3,06, IC95%: 1,66-3,89), recursos do MS para TDBE (OR=3,00, IC95%: 1,59-5,65), falta de tempo (OR=2,44, IC95%: 1,21-4,90). Após ajuste para as variáveis de confusão, apenas a variável acesso a evidências (OR=3,24, IC95%: 1,41-7,44) permaneceu associada de maneira positiva.

Tabela 6. Análise bruta e ajustada das variáveis associadas com o uso de Tomada de Decisão Baseada em Evidência por gestores de saúde do Estado do Paraná 2014 (n=182).

	Análise Bruta				Análise ajustada *	
	n	%	OR	IC95%	OR	IC95%
<b>Treinamentos</b>						
Discordo	45	24,7	1		1	
Concordo	137	73,3	3,07	1,51-6,24	0,946	0,37-2,39
<b>Acesso a evidências</b>						
Discordo	65	35,7	1		1	
Concordo	116	63,7	5,80	2,96-11,34	3,24	1,41-7,44
<b>Fontes de informação</b>						
Discordo	92	50,5	1		1	
Concordo	90	49,9	3,44	1,86-6,35	1,64	0,72-3,74
<b>Recursos</b>						
Discordo	94	51,6	1		1	
Concordo	88	48,4	3,84	2,07-7,13	1,53	0,63-3,70
<b>Equipe qualificada</b>						
Discordo	86	47,3	1		1	
Concordo	96	52,7	3,05	1,66-5,60	1,07	0,49-2,36
<b>Apoio de instituições</b>						
Discordo	140	76,9	1		1	
Concordo	42	23,1	3,07	1,43-6,58	1,81	0,63-5,16
<b>Apoio da SES</b>						
Discordo	95	52,2	1		1	
Concordo	87	47,8	3,02	1,64-5,55	1,03	0,40-2,63
<b>Recursos da SES para TDBE</b>						
Discordo	103	56,9	1		1	
Concordo	78	43,1	2,12	1,16-3,89	0,51	0,19-1,37
<b>Apoio MS para TDBE</b>						
Discordo	97	53,3	1		1	
Concordo	85	46,7	3,06	1,66-5,63	1,51	0,57-3,96
<b>Recursos do MS para TDBE</b>						
Discordo	112	61,5	1		1	
Concordo	70	38,5	3,00	1,59-5,65	2,38	0,91-6,18
<b>Falta de Tempo</b>						
Discordo	49	26,9	1		1	
Concordo	133	73,1	2,44	1,21-4,90	0,49	0,21-0,95
<b>Excesso de informação</b>						
Discordo	95	52,2	1		1	
Concordo	87	47,8	0,49	0,27-0,89	0,45	0,21-0,95

\* RP: razão de prevalência; IC95%: intervalo com 95% de confiança; Ajustada para as covariáveis que apresentaram o valor de  $p \leq 0,20$ . \*Treinamento, acesso a evidências, fontes de informação, recursos, equipe qualificada, apoio de instituições, apoio da Secretaria Estadual de saúde (SES), recursos da SES para TEDE, apoio do Ministérios da Saúde (MS) para TDBE, recursos do MS para TDBE, falta de tempo e excesso de informação.

## 4.2 RESULTADOS (etapa 2)

O Estado do Paraná é composto por 399 municípios, distribuídos em 22 regionais de saúde, com um gestor responsável cada. Foram identificados os 22 presidentes das regionais de saúde e convidados a participar do estudo. Ao todo foram realizadas 20 entrevistas (91,0%). Foram consideradas como recusas duas (02) regionais (9,0%) em que os gestores não estavam disponíveis no momento da entrevista ou então não aceitaram em responder como representante da regional.

A seguir são apresentados os resultados obtidos a partir dos relatos dos presidentes das regionais de saúde. Para melhor compreensão e organização dos dados, optou-se pela divisão em tópicos, conforme as categorias definidas após as leituras das entrevistas. a) conhecimento de intervenções baseadas em evidências, b) barreiras pessoais para TDBE, c) barreiras organizacionais para TDBE, apoio da secretária estadual de saúde, d) apoio da secretária municipal de saúde, e) prioridades de saúde e f) municípios indicados para a próxima etapa do estudo (FIGURA 12) (TABELA 7).

### **Conhecimento de intervenções baseada em evidências**

Foram entrevistados 20 presidentes das regionais de saúde. Destes, apenas (20% n=04) relataram possuir conhecimento de intervenções baseada em evidências.

*“{Nós} discutimos um caso, que houve e foi evidência e coisa e tal, foi investigado. Então, esse trabalho é todo eles {profissionais de saúde} que fazem, {eu} só fico sabendo. Mas na prática, quem faz é eles {profissionais de saúde}. Não é que eu não saiba, só {eu} não sei como que é a técnica. Sei que a gente faz, só não sei os meios que são usados (SMRS 5)”.*

*“Já ouvi, até porque fiz mestrado na área de saúde pública baseada em evidência. Então para a gente fazer os estudos para poder fazer o diagnóstico. E a partir do diagnóstico, estar criando estratégias que estariam dentro do plano de saúde da intervenção (SMRS 9)”.*

*“Baseado em evidências, onde está comprovado que da certo esse tipo de ação né!? Então assim, para condições crônicas a única coisa que agente vê caminhando de fato aqui na região. (SMRS 15)”.*

Um ponto a ser destacado é que alguns gestores reportaram conhecer as práticas baseada em evidências, contudo não sabiam identificar na regional de saúde essa práticas.

*“já ouvi falar. Mas não temos sistematizado medicina baseada em evidências (SMRS 17)”*

*“já ouvi falar, mas não possuo muito conhecimento (SMRS 11).”*

### **Barreiras pessoais**

Os achados do presente estudo identificaram que (40% n=8) dos Secretários Municipais de Saúde relatam barreiras pessoais para o processo de Tomada de decisão baseada em evidências, sendo a mais reportada a falta de qualificação dos profissionais de saúde.

*"O desconhecimento multiprofissional de como se faz isso, certo. Os profissionais não estão capacitados para fazer uso dessas ferramentas. Tanto o estado quanto união e o município da gestão não incentiva ou não conhece como faz isso" (SMRS 22).*

*"Falta do conhecimento, divulgação. Uma maior capacitação para municípios, pois é quem está na ponta né! Se discuti muito dentro do Estado e do Ministério os programas, mas o que interessa é o que chega no município (SMRS 11)”.*

Além disso, houve relatos relacionados a falta de tempo e dificuldades dos profissionais de saúde utilizarem protocolos.

*"As vezes assim é o acúmulo de trabalho mesmo, tem que socorrer aqui, as vezes lá (SMRS 13)".*

*"Na prática, existe uma dificuldade dos trabalhadores da saúde em usar protocolo clínico pra cuidar das pessoas. O fato da Secretaria de Saúde muitas vezes indicar que existi o protocolo não quer dizer que o funcionário usa (SMRS 15)".*

### **Barreiras organizacionais**

A respeito das barreiras organizacionais, (80% n=16) dos Secretários Municipais de Saúde relataram ao menos uma barreira, sendo a mais mencionada a falta de financiamento.

*"A união não repassa as verbas, o Estado muito menos e o Município acaba arcando com tudo. O Município esta pagando uma conta que não é dele (SMRS 5)".*

*"Hoje nós temos uma barreira grande que é a barreira financeira. Hoje o país esta numa crise, por consequência os municípios estão em crise. Para qualquer programa qualquer ação que você for montar, você precisa de recurso (SMRS 10)".*

*"Falta de financiamento e de obra é uma das coisas mais presentes. A falta de recurso e necessidade de mais profissionais (SMRS 17)".*

A falta de financiamento para os municípios, pode estar relacionado as outras barreiras relatadas, como a falta de estrutura e profissionais de saúde.

*"Eu acho que falta um pouco de estrutura. Falta algumas ferramentas que são indispensáveis para desenvolver aquela ação ou aquele trabalho (computador). O serviço público de saúde não tem toda essa estrutura (SMRS11)".*

*"A falta de profissionais e de qualificação é uma barreira (SMRS 4)".*



Um relato a ser destacado é a nomeação de cargos de saúde para profissionais que não possuem habilidades suficientes para exercer essa função.

*“Há muita rotatividade de gestor né! Esses gestores, como eu disse pra você, a grande maioria são nomeados por questões política e não por qualificação (RS 12)”.*

Outro aspecto abordado neste estudo foi a apoio da Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Estadual de Saúde para o uso de tomada de decisão baseada em evidências. Em relação ao apoio, (80% n=16) dos Secretários Municipais de Saúde recebem apoio da Secretaria Estadual de Saúde e (85% n=17) relataram receber o apoio da Secretaria Municipal de Saúde.

#### **Apoio da Secretaria Estadual de Saúde para Tomada de decisão baseada em evidência**

A forma de apoio mais identificada nas falas foi através da capacitação profissional, por meio de cursos, treinamentos e reuniões.

*“Através desses treinamentos essas conversas, porque sempre a gente está fazendo esses treinamentos para os profissionais (SMRS 4)”.*

*“A gente percebe isso através do APSUS. É um programa que veio com essa gestão e é um programa de educação continuada pra atenção primaria. Então acho que o Estado apoia sim e tenta da subsidio pra que a gente faça o levantamento também no município (SMRS 9)”.*

*“Não tenha dúvida! Principalmente nos últimos 5 anos a Secretaria de Saúde do Estado {Paraná} tem sido uma grande parceira. Olha, hoje nós estamos muito próximos da Secretaria. Eles até teriam mais vantagem em liberar mais dinheiro pra quebrar barreiras de dinheiro e não conseguindo eles tão trabalhando muito em capacitação. Então, isso é muito importante (SMRS 10)”.*

*“A parte de doenças crônicas o Estado trabalha bastante com os Municípios. Realizando treinamentos, capacitação das equipes do APSUS (SMRS 11)”.*

Um aspecto importante identificado nas falas foi a capacitação profissional para toda a equipe de trabalho com ênfase na prevenção de doenças crônicas.

*“Foi feito um método diferente de reuniões para 2015, onde os Municípios deslocam os trabalhadores uma vez no mês e todos os trabalhadores que mexem em todas as áreas (coordenador da atenção básica, saúde da família, epidemiologia, vigilância comunitária, farmácia) e dessas reuniões técnicas a regional de saúde tem essa estrutura de discussão que acaba meio que direcionando e provocando os técnicos em voltar para o município trazendo algo diferente que possa instrumentar de maneira menos equivocada para onde a secretaria poderia estar andando (SMRS 15)”.*

*“Das políticas de promoção a saúde em relação a doenças crônicas não transmissíveis, tem apoiado. Esse apoio é feito através das oficinas da atenção primária a saúde né!? Aonde a gente teve as oficinas durante dois anos e através de apoio a elaboração dos protocolos (SMRS 17)”.*

### **Apoio da Regional de Saúde para Tomada de decisão baseada em evidência**

Em relação ao apoio da regional de saúde os presidentes das regionais (85% n=17) relataram que apoiam e incentivam esta prática no município. Quando referido ao modo, grande parte reportou que o principal modo de apoio ocorrem nas reuniões da regional de saúde. Onde são apresentadas as propostas e discutidas.

*“Esse apoio sempre é realizado nas reuniões das regionais. É compartilhado as ações que são realizadas no Município e as melhores ações são disseminadas na regional (SMRS 1)”.*

*“Nós temos sempre as reuniões do CRESEMS, a gente troca sempre as informações né, cada um com suas experiências sempre trocando ideias de como fazer, aí sempre põem em tema pra conversa e cada um coloca suas experiências ajudando os outros municípios (SMRS 4)”.*

*“Dentro do CRESEMS nós temos aberto várias discussões né, estimulado, nós trabalhamos juntos com o conselho com a associação regional de saúde que é nosso centro de especialidade, orientando capacitando os municípios trazendo os profissionais para apreenderem para fazer as ações pra apreender avaliar os indicadores (SMRS 8)”.*

*“Nós temos, são 25 municípios que olha, é bonito de ir nas reuniões porque é uma troca de experiência um apoiando o outro, nós estamos num momento muito bacana!(SMRS 10)”.*

*“Nas reuniões do CRESEMS. Na realidade a gente acaba fazendo essa provocação pra que gestores participem ativamente desse processo e incentivem que os seus técnicos dos municípios participem dessas reuniões porque o secretário não tem humanamente condição de ficar sabendo de tudo e fazer tudo, e ele precisa da equipe afinada e podendo trabalhar nesse sentido então eu acredito que o jeito mais adequado pra incentivar isso é exatamente dentro do foro do CRESEMS (SMRS 15)”.*

*“Eu como CRESEMS, que a gente recebe de orientação, a gente acaba repassando um exemplo, uma ideia que deu certo, experiência compartilha a gente acaba retransmitindo, a gente acaba compartilhando essas ideias (SMRS 19)”.*

### **Prioridades de saúde dos municípios**

Entre os principais resultados os presidentes das regionais de saúde relataram como as prioridades de saúde é o fortalecimento da rede de atenção primária de saúde. As principais intervenções realizadas são em relação a saúde da criança, saúde do idoso, gestantes e saúde mental.

Em relação as doenças crônicas não transmissíveis (55%, n=11) relataram que é uma prioridades de saúde. Sendo as principais o tratamento da diabetes, hipertensão e doenças cardiovasculares.

*“Então aqui na minha região como no Brasil inteiro as doenças crônicas relacionados ao sistema cardiovascular são as prioridades Hipertensão, diabetes, AVC, infarto né!?(SMRS 9)”*

*“As prioridades de saúde são: prevenção das doenças cardiovasculares que é a primeiras causar morte, hipertensão e diabetes (SMRS 10)”*

*“Hoje a maior prioridade nos municípios é a atenção básica, as doenças crônicas não transmissíveis (SMRS 22)”.*

### **Municípios indicados para a próxima etapa do estudo**

Ao término de cada entrevista, foi solicitado para o gestor de saúde, indicar um município da sua regional de saúde que apresentava dificuldades e outro que apresentava facilidades para desenvolver ações de prevenção de DCNTs. Ao todo foram indicados, 33 municípios (18 municípios destaques e 15 municípios com dificuldades) para etapa 3 do estudo (FIGURA 12).

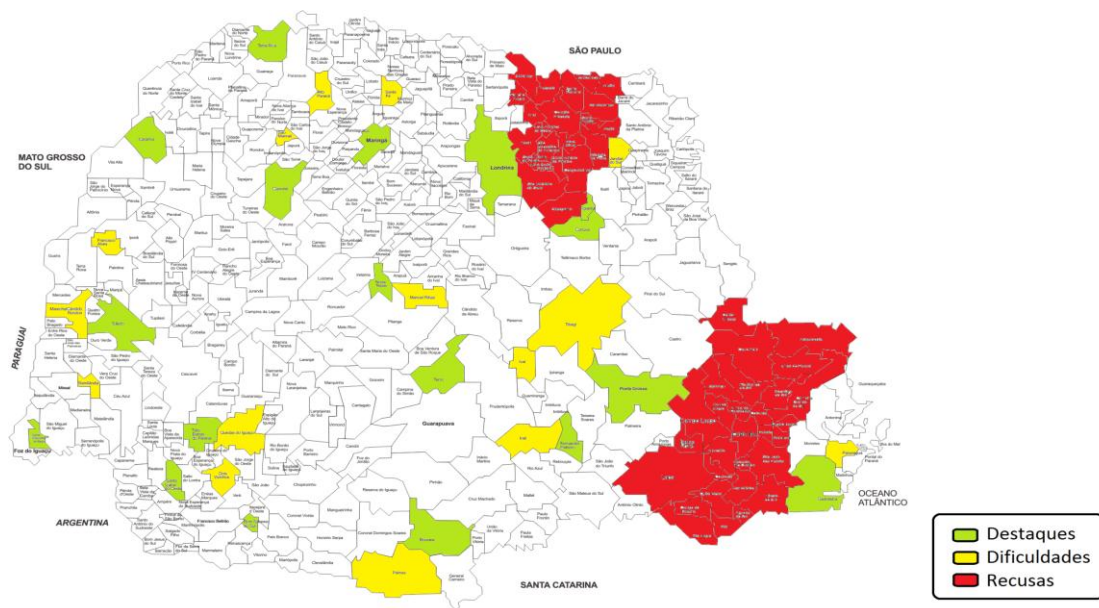


FIGURA 12. MUNICÍPIOS INDICADOS PELOS PRESIDENTES DAS REGIONAIS DE SAÚDE.

FONTE: O Autor (2016).

Tabela 7. Síntese dos relatos dos presidentes das regionais de saúde do Estado do Paraná (n=20) (2015).

ID	Barreiras pessoais	Barreiras Organizacionais	Apoio da SES	Apoio da SMS	Conhecimento de IBE	Prioridades de saúde
RS 1	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Atenção primária de saúde (Hipertensão, diabetes, HIV)
RS 2	Recusa	Recusa	Recusa	Recusa	Recusa	Recusa
RS 3	Não	Não	Sim	Sim	Não	Atenção primária de saúde (hipertensão e diabetes)
RS 4	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Atenção primária de saúde (idosos, gestantes) e oncologia
RS 5	Sim	Sim	Sim	NR	Sim	Atenção primária de saúde
RS 6	Não	Sim	Sim	NR	Não	Intervenções no atendimento de alta e média complexidade (exames e especialidades médicas)
RS 7	Não	Sim	NR	Sim	Não	Redes de atenção (materna infantil, mãe paranaense, hipertenso e diabéticos)
RS 8	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Redução da mortalidade materna e infantil
RS 9	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Hipertensão, diabetes, Acidente vascular cerebral
RS 10	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Prevenção de doenças cardiovasculares
RS 11	Sim	Sim	Sim	NR	Não	Consultas em especialidades, ortopedia e doenças cardiovasculares
RS 12	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Atenção primária de saúde (cardiovascular, hipertensão, diabetes)
RS 13	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Consultas e especialidades médicas
RS 14	Não	Não	Sim	Sim	Não	Especialidades médicas
RS 15	Sim	Sim	Sim	Sim	Não	Especialidades e leitos para internação de pacientes
RS 16	Não	Sim	NR	Sim	Não	Dengue, saúde das gestantes, saúde da criança e do idoso
RS 17	Sim	Sim	Sim	Sim	Sim	Saúde mental
RS 18	Recusa	Recusa	Recusa	Recusa	Recusa	Recusa
RS 19	Não	Sim	Sim	Sim	Não	Atendimento em urgência e emergência
RS 20	Não	Não	Sim	Sim	Não	Fortalecimento da atenção básica
RS 21	Não	Sim	Não	Sim	Não	Atendimento neonatal de alta complexidade
RS 22	Sim	Não	Não	Sim	Não	Doenças crônicas não transmissíveis, pré-natal, saúde da criança e do adolescente vigilância em saúde

SES (Secretaria Estadual de Saúde), SMS (Secretaria Municipal de Saúde), NR (Não respondeu) IBE (Intervenções baseada em evidências)

### 4.3 RESULTADOS (etapa 3)

No total foram indicados 33 municípios para a terceira e última etapa do estudo. Desses foram entrevistados 27 municípios (81,81%; 13 municípios com experiências positivas e 14 municípios dificuldades para prevenção de DCNT) e seis (n=06; 18,19%) municípios se recusaram a participar (FIGURA 13).

Na Tabela 8, são apresentados as características dos Secretários Municipais de Saúde com experiências positivas na prevenção de DCNT. A maioria dos gestores são mulheres (61,53%), com idade maior de 41 anos (61,53%), ocupam o cargo a mais de um (01) ano (76,93%) e trabalham municípios de médio porte 10,001-50,000 habitantes (53,84%). Em relação a escolaridade, apenas dos gestores (38,47%) relataram formação profissional relaciona a área da saúde .

Tabela 8. Perfil dos gestores de saúde com experiências positivas na prevenção de DCNTs indicados pelos presidentes das regionais de saúde, 2015.

ID	Gênero	Idade	Formação profissional	Tempo SMS**	Habitantes
*SMEP 1	Feminino	39	Contadora	2 meses	32.095
SMEP 3	Feminino	49	Advogada	16 meses	311.611
SMEP 4	Masculino	35	Enfermeiro	4 meses	5.932
SMEP 5	Feminino	43	Pedagoga	24 meses	13.811
SMEP 6	Masculino	54	Ciências Naturais	120 meses	15.880
SMEP 7	Feminino	43	Pedagoga	60 meses	3.293
SMEP 8	Feminino	41	Gestão Pública	24 meses	13.132
SMEP 9	Masculino	34	Enfermeiro	18 meses	20.841
SMEP 10	Feminino	46	Administração	180 meses	11.824
SMEP 12	Masculino	45	Analista de Sistemas	36 meses	8.839
SMEP 14	Feminino	38	Farmacêutica	84 meses	8.293
SMEP 20	Feminino	51	Cirurgia Dentista	12 meses	119.313
SMEP 21	Masculino	39	Ciências Biológicas	48 meses	13.923

\*(Secretario Municipal com Experiência Positiva) \*\*SMS (Secretario Municipal de Saúde)

Na Tabela 9, são apresentados as características dos Secretários Municipais de Saúde com experiências negativas na prevenção de DCNT. Os municípios indicados são coordenados por gestores de ambos os gêneros (homens e mulheres 50,0%), com idade maior de 41 anos (64,29%), ocupam o cargo a mais de um (01) ano (71,43%) desenvolvem suas atividades em municípios de médio porte 10,001-50,000 habitantes (53,14%) e (57,14%) relataram formação profissional relaciona a área da saúde

Tabela 9. Perfil dos gestores de saúde com experiências negativas na prevenção de DCNTs indicados pelos presidentes das regionais de saúde, 2015

ID	Gênero	Idade	Formação profissional	Tempo SMS	Habitantes
SMEN1	Feminino	60	Médica	20 meses	140.469
SMEN 3	Masculino	63	Agricultor	28 meses	12.815
SMEN 4	Feminino	27	Farmacêutica	5 meses	56.207
SMEN 7	Masculino	27	Farmacêutico	6 meses	42.888
SMEN 8	Masculino	48	História	29 meses	36.179
SMEN 9	Feminino	30	Técnica de Enfermagem	2 meses	4.134
SMEN 10	Masculino	38	Segundo Grau	60 anos	30.605
SMEN 12	Masculino	45	Gestão Publica	18 meses	6.418
SMEN 13	Feminino	46	Enfermeira	24 meses	2.098
SMEN 14	Feminino	48	Auxiliar Administrativa	5 meses	13.663
SMEN 15	Feminino	49	Psicóloga	29 meses	10.432
SMEN 20	Feminino	56	Gestão Publica	29meses	46.819
SMEN 21	Masculino	62	Ensino fundamental	28 meses	19.344
SMEN 22	Masculino	43	NA***	NA***	6.972

\*(Secretario Municipal com Experiência Negativa) \*\*SMS (Secretario Municipal de Saúde),  
\*\*\*NA (não respondeu)

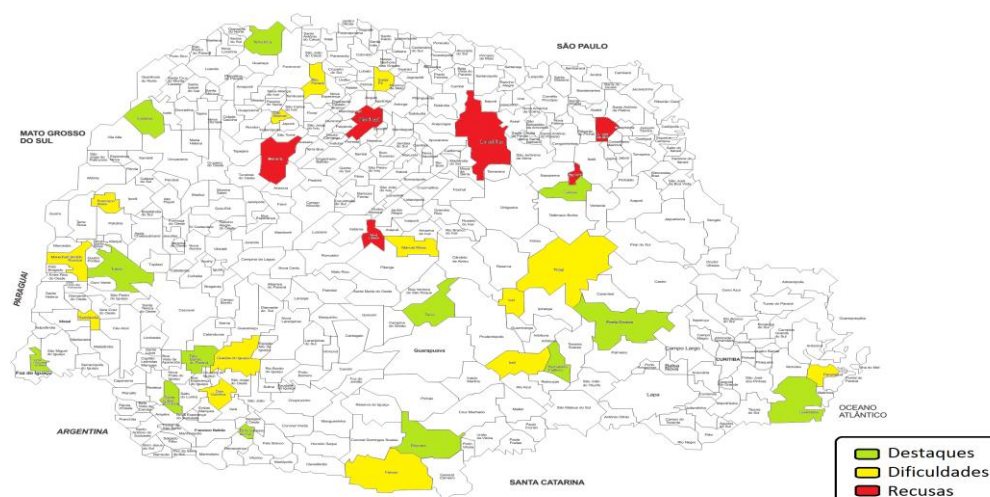


FIGURA 13. MUNICÍPIOS AVALIADOS NA TERCEIRA ETAPA DO ESTUDO NO ESTADO DO PARANÁ.

FONTE: O Autor (2016).



Com base nos relatos para o processo de planejamento, desenvolvimento e implementação de programas para prevenção de DCNTs, os gestores com experiências positivas, relataram o maior percentual em todas as etapas quando comparados com os gestores com dificuldades de prevenção de DCNTs (FIGURA 14).

Os gestores com experiências positivas, relataram possuir habilidades: fase 2 (identificar o problema 92,30%), fase 6 (desenvolvimento do plano de ação 84,61%), 1 (avaliar a comunidade 76,92%) fase 3 (quantificar o problema 76,92%), fase 5 (desenvolver e priorizar ações 61,54%). As etapas reportadas em menor frequência: fase 4 (evidências na literatura 38,46%) e na fase 7 (avaliação do programa “frequentadores” 38,36%).

Os gestores com dificuldades, relataram possuir habilidades apenas da etapa 2 (identificar o problema 71,42%). As fases menos reportadas foram; estão nas etapas 1 (avaliar a comunidade 35,71%), fase 3 (quantificar o problema 35,71%), fase 6 (desenvolvimento do plano de ação 7,14%), fase 4 (evidências na literatura 21,42%), e fase 7 (avaliação do programa 14,28%).

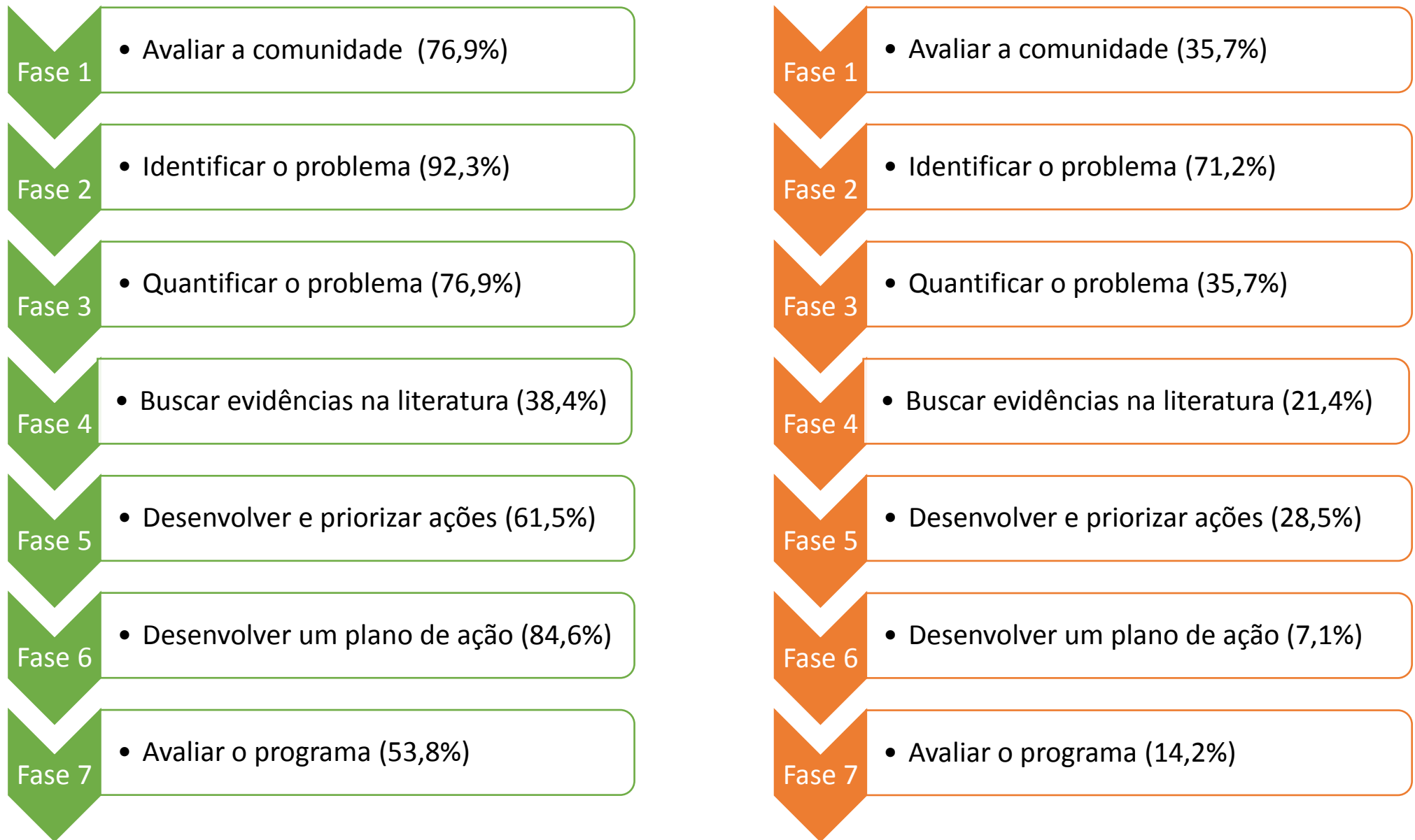


FIGURA 14. PROCESSO DE PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DE PROGRAMAS PARA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NOS MUNICÍPIOS COM BASE NOS RELATOS DOS GESTORES DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARANÁ (N=27; 2015).

Em relação ao processo de planejamento, desenvolvimento e implementação de programas para promoção da AF nos Municípios do Estado do Paraná, ambos os gestores com experiências positivas e negativas relataram baixa habilidades para o processo de TDBE (FIGURA15).

Através dos relatos, os gestores com experiências positivas, observou-se que possuem habilidades na fase 2 (identificar o problema 84,61%) e fase 5 (desenvolver e priorizar ações 84,61%). Os gestores relataram com menor frequência; fase 6 (desenvolvimento do plano de ação 46,15%), fase 1 (avaliar a comunidade 23,07%), fase 4 (evidências na literatura 23,07%), fase 7 (avaliação do programa “frequentadores” 23,07%) e fase 3 (quantificar o problema 7,69%).

Entre os gestores com dificuldades, as fases mais mencionadas foram a fase 2 (identificar o problema 50,00%) e fase 5 (desenvolver e priorizar ações 42,85%). As fases em que os gestores relataram com menor frequência foram; fase 7 (avaliação do programa “frequentadores” 28,57%), fase 4 (evidências na literatura 21,42%), fase 3 (quantificar o problema 14,28%), fase 1 (avaliar a comunidade 7,14%) e fase 6 (desenvolvimento do plano de ação 0,0%). Os relatos que não foram possíveis classificar em nenhuma categoria optou-se por criar um categoria NA (não se aplica), correspondendo a 28,57% dos relatos).

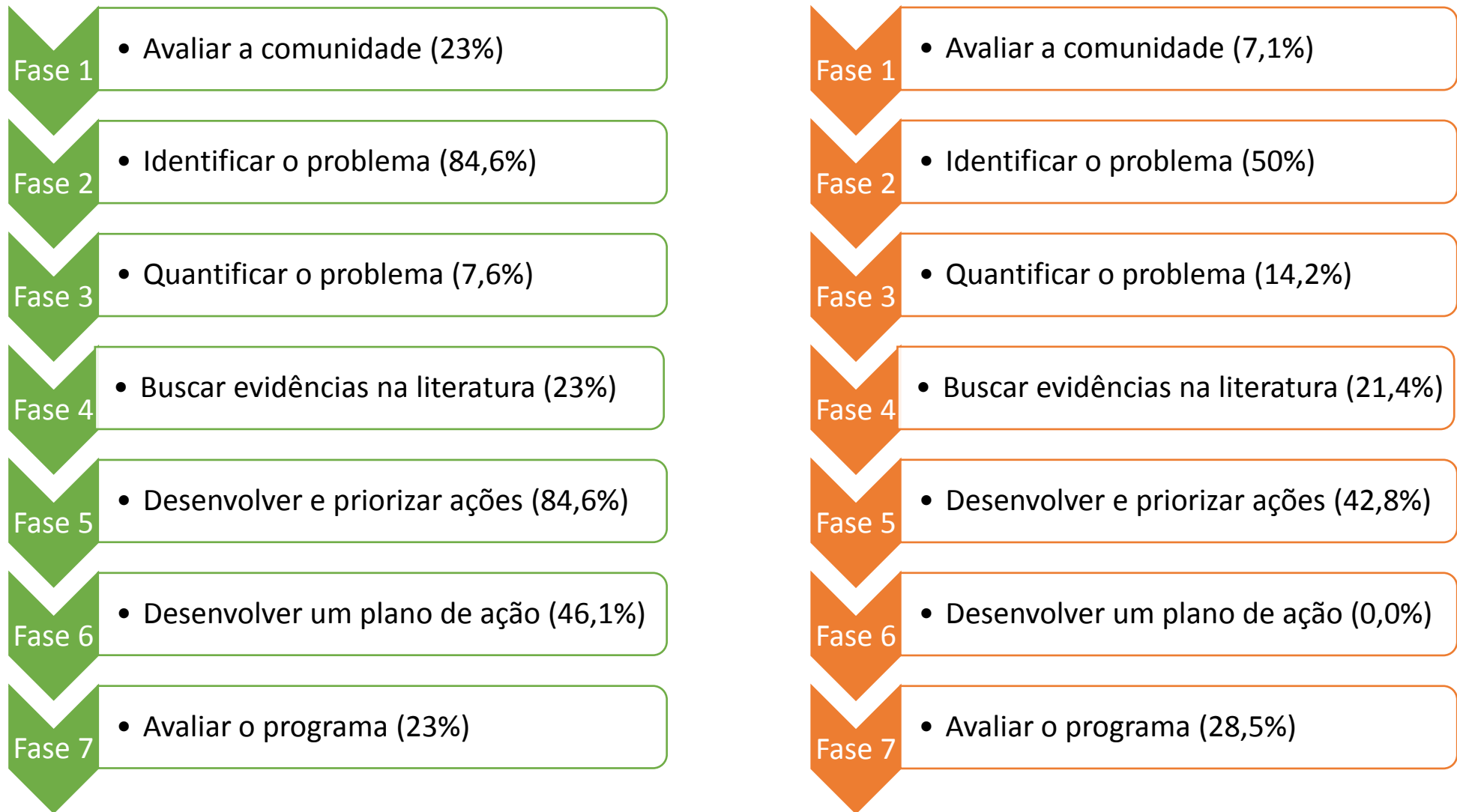


FIGURA 15. PROCESSO DE PLANEJAMENTO, DESENVOLVIMENTO E IMPLEMENTAÇÃO DOS PROGRAMAS PARA PROMOÇÃO DE ATIVIDADE FÍSICA COM BASE NOS RELATOS DOS GESTORES DOS MUNICÍPIOS DO ESTADO DO PARANÁ (N=27; 2015).

## 5. DISCUSSÃO

Considerando os principais achados do presente estudo, observou-se que na fase quantitativa, a maioria (53,8%) dos entrevistados relataram o alto uso de TDBE para prevenção de DCNTs. A principal barreira relatada para o uso de periódicos científicos foi a falta de tempo e o excesso de informação. Os principais fatores que auxiliam o uso de TDBE é o apoio da Secretaria Municipal, Estadual, Ministério da Saúde. Os gestores que tem acesso a evidências científicas, tem probabilidade 3 vezes maior de utilizar TDBE quando comparado com os gestores que não possuem acesso.

Nas segunda etapa (qualitativa), verificou-se que as principais barreiras pessoais para o uso de TDBE, foram: Falta de tempo, falta de qualificação profissional e desconhecimento dessa metodologia. Entre as barreiras organizacionais os gestores relataram: falta de financiamento, estrutura e instabilidade política. Em relação aos facilitadores, os gestores relatam o apoio da SES e das regionais de saúde são importantes para o processo de TDBE.

Na última etapa do estudo, foi verificado que os gestores possuem dificuldades no processo de planejamento, desenvolvimento e implementação de programas para prevenção de DCNTs e promoção de AF, em especial nas fases de quantificar o problema, desenvolver um plano de ação e no uso de evidências científicas entre os gestores Municipais.

No presente estudo, não foram encontrados associações entre as características individuais dos gestores e uso de TDBE, sendo inconsistentes com a literatura. Em países de elevada renda, as variáveis individuais: escolaridade (doutorado), experiência em saúde pública, porte populacional da cidade >25.000 habitantes e infraestrutura (acesso a informação, financiamento departamentos de saúde estadual e parcerias) (BROWNSON et al., 2014; DUGGAN et al., 2014) foram associadas com TDBE.

A inexistência de associação entre as variáveis no Brasil, talvez possa ser influenciada pelo modo de categorização da variável dependente e modelo de gestão. No Brasil o Sistema único de Saúde é um direito à todos os cidadãos, sendo diferente de países desenvolvidos como Canadá e Estados

Unidos (GIOVANELLA et al., 2012) e as atribuições dos gestores de saúde diferem da realidade. Inúmeros gestores possuem formação não relacionadas a área da saúde e muitas vezes os cargos são ocupados por questões políticas e não pela qualificação profissional como reportado por um gestores neste estudo (CAVALCANTI; OLIVEIRA NETO; SOUSA, 2015; CIENT et al., 2015).

Nesse sentido, recomenda-se promover capacitações técnicas para os gestores e equipe de trabalho, para auxiliar na gestão do sistema de saúde. Como mencionado nos resultados deste estudo os gestores relataram que são oferecidos capacitações técnicas para o gestor e aos profissionais de saúde, por parte da Secretária de Saúde, Regionais de Saúde, através das oficinas de capacitação principalmente na área de prevenção de DCNTs. A capacitação profissional é uma excelente estratégia de disseminar o conhecimento como estudos internacionais tem apresentado.

No estudo de JACOBS et al; 2014, que realizou capacitação técnica para os profissionais de saúde e para o gestores em um curso de nove (09) módulos no período de um ano, observou que 45% dos participantes aumentaram o uso TDBE, melhoraram habilidades para identificar os problemas de saúde da população, adquiriram habilidades no desenvolvimento de um plano de ação e reportam de maneira clara as principais necessidades de saúde para os gestores de saúde (JACOBS et al., 2014). Em outro estudo, foi verificado que a capacitação por *websites*, facilita a identificação das prioridades de intervenção, ocorre maior diálogo dos programas existentes e melhora os resultados dos programas (ALLEN et al., 2014). Todavia, apesar das capacitações serem ações importantes, é necessário que os treinamentos sejam constantes e específicos para as prioridades de saúde da população (JACOBS et al., 2014).

Esses resultados, indicam que promover capacitações é uma estratégia importante entre os profissionais de saúde. Portanto, sugere-se incentivar as capacitações técnicas específicas para as prioridades de saúde, principalmente na prevenção de DCNTs e promoção de AF. Sugere-se uma parceria entre comunidade, pesquisa e gestão para elaboração de capacitações. Além disso recomenda-se o desenvolvimento de estudos que avaliem as capacitações.

Ao analisar as barreiras reportadas pelos gestores para o uso de TDBE, as barreiras organizacionais mais relatadas foram: falta de estrutura,

financiamento e equipe técnica. Entre as barreiras pessoais, os gestores relataram: pouco familiaridade no uso de periódicos científicos, qualificação profissional, conhecimento e divulgação SPBE.

Apesar deste estudo ser o primeiro estudo no Brasil que verificou as barreiras para o uso de TDBE, os resultados corroborando com estudos internacionais (JACOBC et al., 2010; ORTON et al., 2011). Tais achados parecem reforçar que a falta de incentivos, legislações que apoiem intervenções baseadas em evidências, financiamentos inadequado (JACOBC et al., 2010; ORTON et al., 2011), custo dos periódicos científicos (HARRIS et al., 2014) e ainda instabilidade política (BROWNSON et al., 2006) são principais barreiras organizacionais.

No Brasil, os gestores possuem inúmeras dificuldades na gestão de saúde, dentre elas: falta de financiamento e instabilidade política. Em relação a falta de financiamento, é o principal problema que dificulta a gestão de saúde pública. Pois o repasse de verbas federais vem reduzindo na última década afetando principalmente o municípios de pequeno porte. Pois esses, arrecadam pouco quando comparado a municípios de médio e grande porte, entretanto, são os que mais necessitam investimentos, devido as precariedades de saneamento básico, falta de informação na população, infraestrutura e prevenção de doenças (GIOVANELLA et al., 2012; PAIM et al., 2011). Dessa maneira, sugere-se uma reformulação dos repasses para os municípios e novas políticas de prevenção de doenças principalmente na atenção básica. Além do mais, os gestores que reportaram essa barreiras podem ter sido influenciada pela atual crise econômica e política em que o país de encontra. Sendo assim, estes resultados devem ser interpretados com cautela.

Em relação as barreiras pessoais, os gestores relataram: falta de tempo, qualificação pessoal, conhecimento, divulgação SPBE e TDBE sendo as principais barreiras para TDBE.

Os achados deste estudo, são consistentes com estudos internacionais (JACOBC et al., 2010; ORTON et al., 2011). Entre as principais barreiras pessoais, estudos apontam: necessidade de ser um especialista na área, falta de tempo (HARRIS et al., 2014), insegurança no emprego, falta de habilidades em desenvolver intervenções baseadas em evidências, distância entre a teoria-

prática e dificuldades de comunicação com os tomadores de decisões (JACOBBC et al., 2010; ORTON et al., 2011).

A semelhança entre as barreiras pode ter ocorrido, pois o gestor de saúde possui uma das atribuições mais complexas de todo o sistema de saúde que vai além da área de saúde (COSSIO et al., 2012). Diante disso, é fundamental o apoio Conselho Nacional de Secretários de saúde (CONASS), Conselho Nacional de Secretarias Municipais de Saúde (CONASEMES) e Conselho de Secretarias Municipais de Saúde dos Estados (COSEMS) para auxiliar na gestão da saúde (GIOVANELLA et al., 2012; PAIM et al., 2011; ROCHA, 2012).

Nesse sentido, recomenda-se melhorar a disseminação do resultados dos principais estudos científicos para os responsáveis pela tomada de decisão através de cartilhas, folder, vídeos e internet (TABAK et al., 2015), aproximar a área acadêmica (pesquisadores) da gestão (coordenadores, líderes político e coordenadores de programas) (BROWNSON et al., 2006).

Em relação ao processo de implementação de programas para DCNTs e AF, os resultados deste estudo, apontam dificuldades no planejamento de ações para promoção de AF e o baixo uso de evidências científicas.

A inexistência de estudos que abordaram a metodologia empregada neste estudo, dificulta a compreensão dos resultados no Brasil. Por outro lado, pode-se verificar em partes como é o processo de implementação de programas. Diante dos resultados apresentados, observa-se que os programas são implementados sem planejamento e não identificam as prioridades de saúde da população. Talvez a criação de programas pelo MS não atenda as reais prioridades de saúde dos Municípios. Contudo cabe ao gestor de saúde verificar se o programa é ou não importante para a população.

A partir dos resultados desse estudo, foi observado que os gestores possuem dificuldades nas fases de identificar as prioridades de saúde e quantificar o problema. Essas fases são essenciais para implementação dos programas, pois verifica-se a real extensão do problema de saúde pública. Sendo assim, recomenda-se que os gestores de saúde utilizem os dados municipais e nacionais para comparar as prioridades de saúde e quais ações podem ser executadas.



Em seguida, sugere-se que os gestores junto a equipe de trabalho desenvolvam ações utilizando o modelo lógico (U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES, 2008). O modelo lógico é uma ferramenta que auxilia a elaboração de programas na área da saúde, onde são descritos os objetivos do programa (curto, médio e longo prazo), recursos necessários, equipe de trabalho, atividade, avaliação do programa e das pessoas que participam.

Além disso, para área de AF, sugere-se que os pesquisadores elaborem um guia nacional de AF junto aos tomadores de decisão, identificando qual (is) as melhores intervenções que podem contribuir para o aumento dos níveis de AF, para auxiliar a implementação de intervenções pelos gestores. Por exemplo, nos Estados Unidos, os gestores de saúde possuem um guia nacional de prevenção de DCNTs e promoção de AF (BUNNELL et al., 2012; EVENSON et al., 2013) reportam que as intervenções são fáceis de serem utilizadas, possuem baixo custo (BROWNSON et al., 2007) (EVENSON et al., 2013) e auxiliam no processo planejamento de programas (BROWNSON, 2014; JACOB et al., 2014).

Na América Latina, o projeto Guia Útil para Intervenções de atividade física na América Latina (GUIA) foi o principal estudo que identificou as melhores estratégias baseada em evidências para promoção da AF (HOEHNER et al., 2008b, 2013; PRATT et al., 2010). De acordo com Hoehner et al., 2008, 2013 a Educação Física Escolar foi a única intervenção classificada como “baseada em evidência” e os programas comunitários foram classificados como “ações promissoras”. A partir dessas informações, o Ministério da Saúde criou o Programa Academia da Saúde (PAS), sendo a principal ação para elevar os níveis de AF da população, com a previsão de criação de 4.000 polos em todo o território nacional até o ano de 2015 (BRASIL, 2011). Entretanto, até o momento, não há estudos que descrevam I) o perfil dos frequentadores do PAS, adesão da população ao programa, II) tipos de intervenção de acordo com o contexto local, III) custo-efetividade (nível de evidências III).

Dessa forma, a inexistência de estudos, dificulta a ampliação e gestão do programa. Pois para os gestores de saúde, é essencial conhecer o efeito

das intervenções, avaliação do programa, benefícios para saúde e avaliação política (BALLEW et al., 2010; RS et al., 2012). Dessa maneira, necessita-se identificar os principais programas de promoção da AF (nível de evidência tipo 3) para serem implementadas e adaptadas em diferentes contextos, e capacitação dos profissionais de saúde (HEATH et al., 2012).

Os resultados deste estudo apresenta significativa contribuição para área científica. Pois, é o primeiro estudo no Brasil que buscou identificar o uso de TDBE para prevenção de DCNTs e promoção da AF. Além disso, as etapas qualitativas, contribuíram para melhor interpretação dos resultados. A partir dos resultados deste estudo, os gestores de saúde poderão identificar as principais barreiras e os facilitadores para TDBE. Além do mais, recomenda-se o uso de modelo lógico para elaboração de programas e uma aproximação da área científica e gestão.

O presente estudo apresenta algumas limitações. A utilização de estudo transversal não permite identificar causa e efeito. Os resultados aqui apresentados não podem representar todos Municípios do Estado do Paraná. Assim, a interpretação do resultados para outros locais deve ser vista com cautela. O fato da amostra ser selecionada de modo intencional, pode ter tido um viés de seleção. Além do mais, a metodologia qualitativa não foi suficiente para verificar o processo de planejamento de desenvolvimento de programas para prevenção de DCNTs e promoção da AF.

## 6. CONCLUSÃO

Os resultados deste estudo fornecem informações pioneiras na literatura nacional sobre os aspectos relacionados ao uso de tomada de decisão baseada em evidência para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e promoção da atividade física por Secretários Municipais de Saúde do Estado do Paraná.

Com base nos resultados deste estudo, observou-se que o uso de TDBE está associado ao acesso a evidências científicas. Entre as principais barreiras para TDBE os gestores reportaram a falta de qualificação profissional, falta de tempo, desconhecimento dessa nova metodologia, financiamento, estrutura e instabilidade política. Entre os facilitadores para o uso de TDBE o apoio da Secretaria Municipal de Saúde e Secretaria Estadual de saúde, realizados nas reuniões dos conselhos municipais parece ser uma excelente forma para auxiliar e capacitar os profissionais de saúde. Apesar da etapa 1 quantitativa identificar o alto uso de TDBE pelos gestores, observou-se na etapa 3 o baixo uso de evidências científicas no processo de tomada de decisão baseada em evidência para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e promoção da atividade física.

Nesse sentido, sugere-se reforçar o apoio aos profissionais de saúde através de cursos de capacitação técnica a partir do conceito de saúde pública e tomada de decisão baseadas em evidências para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e promoção de atividade física. Contudo, esse apoio, necessita-se ser realizado em uma agenda que envolvam esforços políticos e científicos que atendam a necessidade e prioridades de saúde da comunidade.

Para finalizar, recomenda-se que outros estudos sejam realizados no Brasil em diferentes regiões e investiguem como é realizado o processo de tomada de decisão na implementação, modo de avaliação e efetividade dos programas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis e promoção da atividade física.

## REFERÊNCIAS

ALLEN, P. et al. Promoting state health department evidence-based cancer and chronic disease prevention: a multi-phase dissemination study with a cluster randomized trial component. *Implementation science: IS*, v. 8, p. 141, jan. 2013.

ALLEN, P. et al. Perceived benefits and challenges of coordinated approaches to chronic disease prevention in state health departments. *Preventing chronic disease*, v. 11, n. Cdc, p. E76, jan. 2014.

ALWAN, A. et al. Monitoring and surveillance of chronic non-communicable diseases: progress and capacity in high-burden countries. *Lancet*, v. 376, n. 9755, p. 1861–8, 27 nov. 2010.

AMMERMAN, A. et al. CDC's prevention research centers program: Translating research into action with communities. *Journal of Primary Prevention*, v. 32, p. 131–134, 2011.

AMORIN, T. C. et al. Descrição dos programas municipais de promoção da atividade física financiados pelo Ministério da Saúde Description of the physical activity. *Revista Brasileira de Atividade Física e Saúde*, v. 18, n. 1, p. 63–74, 2013.

BALLEW, P. et al. Dissemination of effective physical activity interventions: Are we applying the evidence? *Health Education Research*, v. 25, p. 185–198, 2010.

BEAGLEHOLE, R. et al. Priority actions for the non-communicable disease crisis. *Lancet*, v. 377, n. 9775, p. 1438–47, 23 abr. 2011a.

BEAGLEHOLE, R. et al. UN High-Level Meeting on Non-Communicable Diseases: addressing four questions. *Lancet*, v. 378, n. 9789, p. 449–55, 30 jul. 2011b.

BRASIL. Ministério da Saúde. Portaria nº 719, de 07 de Abril de 2011. Cria o programa academia da saúde no âmbito do sistema único de saúde, 2011.

BRASIL. Ministério da saúde, Portal saúde., 2014a.

BRASIL, M. DA S. Política Nacional de Promoção da Saúde: PNaPS. [s.l: s.n.].

BROWNSON, R. C. et al. Researchers and policymakers: travelers in parallel universes. *American journal of preventive medicine*, v. 30, n. 2, p. 164–72, fev. 2006.

BROWNSON, R. C. et al. The effect of disseminating evidence-based interventions that promote physical activity to health departments. *American journal of public health*, v. 97, n. 10, p. 1900–7, out. 2007.

BROWNSON, R. C. et al. *Evidence-Based Public Health*. Second Edition. [s.l: s.n.].

BROWNSON, R. C. Practice – Research Partnerships and Mentoring to Foster Evidence-Based Decision Making The Value of and Need for More Practice-Based Evidence The Need to Pay Greater Attention to Adaptation and Implementation of Evidence-Based Public Health The Need to U. v. 11, n. 2, p. 2–6, 2014.

BROWNSON, R. C. et al. Understanding administrative evidence-based practices: findings from a survey of local health department leaders. *American journal of preventive medicine*, v. 46, n. 1, p. 49–57, jan. 2014.

BROWNSON, R. C.; DIEZ ROUX, A. V; SWARTZ, K. Commentary: Generating rigorous evidence for public health: the need for new thinking to improve research and practice. *Annual review of public health*, v. 35, p. 1–7, jan. 2014.

BROWNSON, R. C.; FIELDING, J. E.; MAYLAHN, C. M. Evidence-based public health: a fundamental concept for public health practice. *Annual review of public health*, v. 30, p. 175–201, jan. 2009.

BUNNELL, R. et al. Fifty communities putting prevention to work: accelerating chronic disease prevention through policy, systems and environmental change. *Journal of community health*, v. 37, n. 5, p. 1081–90, out. 2012.

CAVALCANTI, P. C. D. S.; OLIVEIRA NETO, A. V. DE; SOUSA, M. F. DE. Quais são os desafios para a qualificação da Atenção Básica na visão dos gestores municipais? *Saúde em Debate*, v. 39, n. 105, p. 323–336, jun. 2015.

CDC. Manual para Avaliação de Atividade Física. U.S. Department of Health and Human Services. *Physical Activity Evaluation Handbook*, p. 1–84, 2002.

CECCHINI, M. et al. Tackling of unhealthy diets, physical inactivity, and obesity: health effects and cost-effectiveness. *Lancet*, v. 376, n. 9754, p. 1775–84, 20 nov. 2010.

CIENT, I. E. et al. Problemas e Desafios Enfrentados pelos Gestores Públicos no Processo de Gestão em Saúde. *Revista de Gestão em Sistemas de Saúde*, v. 4, p. 100–109, 2015.

CONASS. Atenção primária e promoção de saúde. [s.l: s.n.]. v. 1

COSSIO, M. L. T. et al. Uma ética para quantos? *Saúde em Debate*, v. XXXIII, n. 2, p. 81–87, 2012.

CRESWELL, J. *Investigação Qualitativa e Projeto de Pesquisa. Escolhendo cinco abordagens*. 3. ed. Porto Alegre: [s.n.].

DUGGAN, K. et al. What Influences the Use of Administrative Evidence-Based Practices in Local Health Departments? What Influences the Use of Administrative Evidence-Based Practices in. *Frontiers in Public Health Services and Systems Research*, v. 3, n. 4, 2014.

ELLIOTT, L. et al. Health Care System Collaboration to Address Chronic Diseases: A Nationwide Practitioners. *Preventing chronic disease Public health research, practice, and policy*, v. 11, n. 152, p. 1–11, 2014.

EVENSON, K. R. et al. The U.S. National Physical Activity Plan: Dissemination and use by public health practitioners. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 44, n. 5, p. 431–438, 2013.

FLORINDO, A. A. et al. Physical activity counseling in primary health care in Brazil: a national study on prevalence and associated factors. *BMC public health*, v. 13, p. 794, jan. 2013.

GENEAU, R. et al. Raising the priority of preventing chronic diseases: a political process. *Lancet*, v. 376, n. 9753, p. 1689–98, 13 nov. 2010.

GIOVANELLA, L. et al. *Políticas e Sistema de Saúde no Brasil*. 2 edição ed. Rio de Janeiro: [s.n.].

GOMES, G. A. DE O. et al. Characteristics of physical activity programs in the Brazilian primary health care system. *Cadernos de saúde pública*, v. 30, n. 10, p. 2155–2168, out. 2014a.

GOMES, G. A. DE O. et al. Characteristics of physical activity programs in the Brazilian primary health care system. *Cadernos de Saúde Pública*, v. 30, n. 10, p. 2155–2168, out. 2014b.

HALLAL, P. C. et al. Avaliação do programa de promoção da atividade física Academia da Cidade de Recife, Pernambuco, Brasil: percepções de usuários e não-usuários. *Cad Saude Publica*, v. 26, n. 1, p. 70–78, 2010.

HALLAL, P. C. et al. Global physical activity levels: surveillance progress, pitfalls, and prospects. *Lancet*, v. 380, n. 9838, p. 247–57, 21 jul. 2012.

HARRIS, J. K. et al. Information – Seeking Among Chronic Disease Prevention Staff in State Health Departments: Use of Academic Journals. *Preventing chronic disease Public health research, practice, and policy*, v. 11, n. 3, p. 3–6, 2014.

HEATH, G. W. et al. Evidence-based intervention in physical activity: Lessons from around the world. *The Lancet*, v. 380, n. 9838, p. 272–281, 2012.

HOEHNER, C. M. et al. Intervenções em Atividade Física na América Latina Uma revisão Sistemática. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 34, n. 3, p. 224–33, 2008a.

HOEHNER, C. M. et al. Physical Activity Interventions in Latin America: A Systematic Review. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 34, n. 3, p. 224–233.e4, mar. 2008b.

HOEHNER, C. M. et al. Physical activity interventions in Latin America: expanding and classifying the evidence. *American journal of preventive medicine*, v. 44, n. 3, p. e31–40, mar. 2013.

IBGE. Instituto Brasileiro de Geografia e Estatística, 2010.

IBGE. Perfil dos Municípios Brasileiros 2013. [s.l: s.n.].

IPARDES. Instituto Paranaense de Desenvolvimento Econômico e Social, 2010.

JACOB, R. R. et al. Training needs and supports for evidence-based decision making among the public health workforce in the United States. *BMC Health Services Research*, v. 14, p. 1–12, 2014.

JACOBC, J. A. et al. Barriers to Evidence-Based Decision Making in Public Health : A National Survey of Chronic Disease Practitioners. Public health Reports, v. 125, n. October, p. 736–742, 2010.

JACOBS, J. A et al. Capacity building for evidence-based decision making in local health departments: scaling up an effective training approach. Implementation science : IS, v. 9, n. 1, p. 124, 24 set. 2014.

JACOBS, J. A. et al. Tools for Implementing an Evidence-Based Approach in Public Health Practice The Need for Evidence-Based Public Health. v. 9, n. 1, p. 1–9, 2012.

JERREY, T.; JACK, N.; STHEPEN, S. Métodos da pesquisa em atividade física. 2. ed. Porto Alegre: [s.n.].

KAPLAN, G. E. et al. Tools for Identifying and Prioritizing Evidence-Based Obesity Prevention Strategies , Colorado Determining What Is Known Through the Scientific Literature. Preventing chronic disease Public health research, practice, and policy, v. 10, n. 1, p. 1–9, 2013.

KELLY, C. et al. A tool for rating chronic disease prevention and public health interventions. Preventing chronic disease, v. 10, p. E206, 2013.

KOHL, H. W. et al. The pandemic of physical inactivity: global action for public health. Lancet, v. 380, n. 9838, p. 294–305, 21 jul. 2012.

LACERDA, R. A. et al. [Evidence-based practices published in Brazil: identification and analysis studies about human health prevention]. Revista da Escola de Enfermagem da U S P, v. 46, p. 1237–47, 2012.

LEE, I.-M. et al. Effect of physical inactivity on major non-communicable diseases worldwide: an analysis of burden of disease and life expectancy. Lancet, v. 380, n. 9838, p. 219–29, 21 jul. 2012.

LEVIN, K. A. Study design III: Cross-sectional studies. Evidence-based dentistry, v. 7, n. 1, p. 24–5, jan. 2006.

LIMA, A. V.; RECH, C. R.; REIS, R. S. Equivalência semântica , de itens e conceitual da versão brasileira do Neighborhood Environment Walkability Scale for Youth ( NEWS-Y ) Semantic , item , and conceptual equivalence of the Brazilian version of the Neighborhood Environment Walkability Scale. Cadernos de Saúde Pública, v. 29, n. 12, p. 2547–2553, 2013.



MALTA, D. et al. Política Nacional de Promoção da Saúde, descrição da implementação do eixo atividade física e práticas corporais, 2006 a 2014. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 19, n. 3, p. 286–299, 31 maio 2014.

MALTA, D. C.; SILVA JR, J. B. DA. O Plano de Ações Estratégicas para o Enfrentamento das Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Brasil e a definição das metas globais para o enfrentamento dessas doenças até 2025: uma revisão. *Epidemiologia e Serviços de Saúde*, v. 22, n. 1, p. 151–164, mar. 2013.

MENDONÇA, B. C. et al. Exposure to a community-wide physical activity promotion program and leisure-time physical activity in Aracaju, Brazil. *Journal of physical activity & health*, v. 7 Suppl 2, n. Suppl 2, p. S223–S228, 2010.

MINISTÉRIO DA SAÚDE. Política Nacional de Atenção Básica. [s.l.: s.n.].

OLIVEIRA, M. M. Como fazer pesquisa qualitativa. 5. ed. Petrópolis: [s.n.].

ORROW, G. et al. Effectiveness of physical activity promotion based in primary care: systematic review and meta-analysis of randomised controlled trials. *BMJ (Clinical research ed.)*, v. 344, n. March, p. e1389, jan. 2012.

ORTON, L. et al. The use of research evidence in public health decision making processes: systematic review. *PloS one*, v. 6, n. 7, p. e21704, jan. 2011.

PAIM, J. et al. The Brazilian health system: history, advances, and challenges. *Lancet*, v. 377, n. 9779, p. 1778–97, 21 maio 2011.

PARRA, D. C. et al. Scaling up of physical activity interventions in Brazil: how partnerships and research evidence contributed to policy action. *Glob Health Promot*, v. 20, n. 4, p. 5–12, dez. 2013.

PRATT, M. et al. Project GUIA: A model for understanding and promoting physical activity in Brazil and Latin America. *Journal of physical activity & health*, v. 7 Suppl 2, n. Suppl 2, p. S131–4, jul. 2010.

PRATT, M. et al. The cost of physical inactivity: moving into the 21st century. *British Journal of Sports Medicine*, v. 48, n. Cvd, p. 171–3, 2014.

PRATT, M. et al. Can Population Levels of Physical Activity Be Increased? Global Evidence and Experience. *Progress in Cardiovascular Diseases*, v. 57,

n. 4, p. 356–367, jan. 2015.

RAMOS, L. R. et al. Prevalence of health promotion programs in primary health care units in Brazil. *Revista de Saúde Pública*, v. 48, n. 5, p. 837–844, 2014.

REICHENHEIM, M. E.; MORAES, C. L. Operacionalização de adaptação transcultural de instrumentos de aferição usados em epidemiologia *Revista de Saude Publica*, 2007.

REIS, R. S. et al. Promoting Physical Activity Through Community-Wide Policies and Planning: Findings From Curitiba , Brazil. *Journal of Physical activity and Health*, v. 7, n. Suppl 2, p. 137–145, 2010a.

REIS, R. S. et al. Promoting physical activity through community-wide policies and planning: findings from Curitiba, Brazil. *J Phys Act Health*, v. 7 Suppl 2 , n. Suppl 2, p. S137–45, jul. 2010b.

REIS, R. S. et al. Promoting physical activity and quality of life in Vitoria, Brazil: evaluation of the Exercise Orientation Service (EOS) program. *Journal of physical activity & health*, v. 11, n. 1, p. 38–44, jan. 2014.

RIBEIRO, D. A. et al. Promising medicinal plants for bioprospection in a Cerrado area of Chapada do Araripe, Northeastern Brazil. *Journal of Ethnopharmacology*, v. 155, n. 3, p. 1522–1533, 29 set. 2014.

RIBEIRO, I. C. et al. School-based physical education programs: evidence-based physical activity interventions for youth in Latin America. *Global health promotion*, v. 17, n. 2, p. 5–15, jun. 2010.

ROCHA, J. SS. Y. *Manual de Saúde Pública e Saúde Coletiva no Brasil*. 1 Edição ed. São Paulo: [s.n.].

RODRIGUES, J. D.; ANDRÉIA, P. Inserção e atuação do profissional de educação física na atenção básica à saúde : revisão sistemática Integration and performance of Physical Education Professional on primary health care in Brazil : systematic review. *Revista Brasileira de Atividade Física & Saúde*, v. 18, n. 1, p. 5–15, 2013.

RS, R. et al. Developing a research agenda for promoting physical activity in Brazil through environmental and policy change. *Rev Panam Salud Publica*, v. 32 , n. 2, p. 93–100, ago. 2012.

SAMB, B. et al. Prevention and management of chronic disease: a litmus test for health-systems strengthening in low-income and middle-income countries. *Lancet*, v. 376, n. 9754, p. 1785–97, 20 nov. 2010.

SCABAR, T. G. et al. Atuação do profissional de Educação Física no Sistema Único de Saúde: uma análise a partir da Política Nacional de Promoção da Saúde e das Diretrizes do Núcleo de Apoio à Saúde da Família – NASF The role of physical education professional in the Single H. *Journal Helath Science Institute*, v. 30, n. 4, p. 411–418, 2012.

SCHMIDT, M. I. et al. Chronic non-communicable diseases in Brazil: burden and current challenges. *Lancet*, v. 377, n. 9781, p. 1949–61, 4 jun. 2011.

SIMÕES, E. J. et al. Effects of a community-based, professionally supervised intervention on physical activity levels among residents of Recife, Brazil. *Am J Public Health*, v. 99, n. 1, p. 68–75, jan. 2009.

SULTI, A. D. C. et al. O discurso dos gestores da Estratégia Saúde da Família sobre a tomada de decisão na gestão em saúde: desafio para o Sistema Único de Saúde. *Saúde em Debate*, v. 39, n. 104, p. 172–182, 2015.

TABAK, R. G. et al. Bridging research and practice: Models for dissemination and implementation research. *American Journal of Preventive Medicine*, v. 43, n. 3, p. 337–350, 2012.

TABAK, R. G. et al. Dissemination of Health-Related Research among Scientists in Three Countries: Access to Resources and Current Practices. *BioMed Research International*, 2015.

U.S. DEPARTMENT OF HEALTH AND HUMAN SERVICES. *Physical Activity Guidelines for Americans*. [s.l.: s.n.].

VIGITEL. Ministério da Saúde. Secretária de Vigilância em Saúde. VIGITEL Brasil 2013: Vigilância de Fatores de riscos e proteção para doenças crônicas por inquérito telefônico. Brasil: Ministério da Saúde 2013, 2014.

VUORI, I. M.; LAVIE, C. J.; BLAIR, S. N. Physical activity promotion in the health care system *Mayo Clinic Proceedings* Elsevier Inc, , dez. 2013. Disponível em: <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/24290119>>. Acesso em: 8 jan. 2015

WHO. Global Status Report On Noncommunicable Diseases 2014. In: *World Health Organization*. [s.l.: s.n.]. p. 1–280.

## **ANEXOS**

ANEXO 1 - CARTA DE AUTORIZAÇÃO DO COSEMS-PR



## Termo de Consentimento

Conhecedores das regras claramente registradas no Projeto de Pesquisa **Práticas Locais e o Uso de Evidências na Prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Estado do Paraná**, estamos encaminhando Termo de Consentimento para a realização da coleta de dados junto aos gestores municipais de saúde do estado do Paraná, como parte da coleta de material necessário para o desenvolvimento do projeto de pesquisa referido acima. Para tal, o COSEMS-PR, deverá ter acesso ao produto final da referida pesquisa.

Curitiba, 02 de outubro de 2012.

Antonio Carlos Figueiredo Nardi  
Presidente COSEMS-PR

## ANEXO 2 – INSTRUMENTO DOS SECRETÁRIOS MUNICIPAL DE SAÚDE (ETAPA 1)



Aplicador(a): \_\_\_\_\_ PUCPR \_\_\_\_\_ Data: \_\_\_\_/\_\_\_\_/\_\_\_\_ Horário: \_\_\_\_ h \_\_\_\_ min.

Município: \_\_\_\_\_ Regional: \_\_\_\_\_ E-mail: \_\_\_\_\_

Telefone fixo: ( ) . Telefone celular: ( ) .

Nome do (a) respondente:

[illegible]

Você está participando de um estudo sobre uso de evidência e práticas na área prevenção de doenças crônicas não transmissíveis no Estado do Paraná. Este é um projeto com apoio do Ministério da Saúde, Fundação Araucária e Secretaria Estadual de Saúde, que é coordenado pelo Grupo de Pesquisa em Atividade Física e Qualidade de Vida, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. As questões deste instrumento objetivam levantar informações sobre esta temática em seu município. A sua participação é voluntária, todas as respostas serão mantidas em sigilo e somente utilizadas para fins de pesquisa e sua identificação será preservada. Qualquer dúvida você pode entrar em contato com o Colaborador de sua Região ou com os coordenadores do estudo pelo e-mail **evidencias@pucpr.br** ou telefone **(41) 3271-2503**.

Nesta seção você será questionado sobre suas informações sociodemográficas.

Q1. Qual é o seu <b>sexo</b> ? <sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Feminino <sup>2</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Masculino			Q1. _____
Q2. Qual é a sua <b>idade</b> ? _____ Anos			Q2. _____
Q3. Qual é a sua <b>escolaridade</b> ?			Q3. _____
<sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Ensino fundamental incompleto	<sup>4</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Ensino médio completo	<sup>7</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Especialização	
<sup>2</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Ensino fundamental completo	<sup>5</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Superior incompleto	<sup>8</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Mestrado	
<sup>3</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Ensino médio incompleto	<sup>6</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Superior completo	<sup>9</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Doutorado	
Q4. Qual é a sua <b>formação profissional</b> ? Assinale todas as alternativas que se aplicam.			
Q4.1. Administração	<sup>0</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Não	<sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Sim	Q4.1. _____
Q4.2. Educação Física	<sup>0</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Não	<sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Sim	Q4.2. _____
Q4.3. Enfermagem	<sup>0</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Não	<sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Sim	Q4.3. _____
Q4.4. Fisioterapia	<sup>0</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Não	<sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Sim	Q4.4. _____
Q4.5. Medicina	<sup>0</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Não	<sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Sim	Q4.5. _____
Q4.6. Nutrição	<sup>0</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Não	<sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Sim	Q4.6. _____
Q4.7. Odontologia	<sup>0</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Não	<sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Sim	Q4.7. _____
Q4.8. Serviço social	<sup>0</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Não	<sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Sim	Q4.8. _____
Q4.9. Outra: _____	<sup>0</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Não	<sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Sim	Q4.9. _____
Q5. Você possui <b>Pós-Graduação</b> na área de <b>Saúde Pública</b> ? Assinale todas as alternativas que se aplicam.			
Q5.1. Especialização	<sup>0</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Não	<sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Sim	Q5.1. _____
Q5.2. Mestrado Acadêmico	<sup>0</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Não	<sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Sim	Q5.2. _____

Q5.3. Mestrado Profissional	<sup>0</sup> [ ] Não	<sup>1</sup> [ ] Sim	Q5.3. _____
Q5.4. Doutorado	<sup>0</sup> [ ] Não	<sup>1</sup> [ ] Sim	Q5.4. _____
Q6. Há <b>quanto tempo</b> você <b>trabalha</b> neste <b>município</b> , independente da função? _____ Anos _____ Meses			Q6. _____
Q7. Há <b>quanto tempo</b> você <b>trabalha</b> com <b>Saúde Pública</b> , considerando toda a sua carreira? _____ Anos _____ Meses			Q7. _____
Q8. Qual é seu o <b>cargo/função</b> atual? _____			Q8. _____
Q9. Há <b>quanto tempo</b> você está <b>neste cargo</b> , considerando toda a sua carreira? _____ Anos _____ Meses			Q9. _____

## BLOCO 2: INFORMAÇÕES DO MUNICÍPIO

Nesta seção você será questionado sobre informações do seu município.

Q10. No seu município, quais são as <b>três principais prioridades de saúde</b> ? Cite em ordem de importância.			
Q10.1 _____			Q10.1 _____
Q10.2 _____			Q10.2 _____
Q10.3 _____			Q10.3 _____
Q11. Considerando uma escala de 1 a 5, aonde 1 é <i>Nada prioritário</i> e 5 é <i>Muito prioritário</i> , responda a seguinte pergunta: No seu município, qual é a prioridade que a <b>Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs)</b> tem em relação a outras questões de saúde? 1 Nada Prioritário [ ]      2 [ ]      3 [ ]      4 [ ]      5 Muito Prioritário [ ]			Q11. _____
Q12. No seu município, o que aumentaria a prioridade da <b>Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs)</b> em relação a outras questões de saúde? _____ _____ _____			Q12. _____
Q13. No seu município, quais são as três principais ações de <b>Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs)</b> ? Descreva em ordem de importância.			
Q13.1 _____			Q13.1 _____
Q13.2 _____			Q13.2 _____
Q13.3 _____			Q13.3 _____
Q14. No seu município, a população participa do planejamento das ações de saúde? <sup>0</sup> [ ] Não (pule para Q.16) <sup>1</sup> [ ] Sim <sup>2</sup> [ ] Não sei (pule para Q.16)			Q14. _____
Q15. Como acontece esta participação? Assinale todas as que se aplicam.			
Q15.1. Encontros/Reuniões dos Conselhos de Unidade	<sup>0</sup> [ ] Não	<sup>1</sup> [ ] Sim	Q15.1. _____
Q15.2. Encontros/Reuniões com o gerente do Distrito Sanitário	<sup>0</sup> [ ] Não	<sup>1</sup> [ ] Sim	Q15.2. _____
Q15.3. Encontros/Reuniões com os profissionais da ESF*	<sup>0</sup> [ ] Não	<sup>1</sup> [ ] Sim	Q15.3. _____
Q15.4. Outros: _____	<sup>0</sup> [ ] Não	<sup>1</sup> [ ] Sim	Q15.4. _____
Q15.5. Outros: _____	<sup>0</sup> [ ] Não	<sup>1</sup> [ ] Sim	Q15.5. _____

## BLOCO 3: TOMADA DE DECISÕES BASEADAS EM EVIDÊNCIAS NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS



Agora queremos saber sua opinião sobre o uso da **Tomada de Decisões Baseada em Evidências (TDBE)**.

Este processo consiste em planejar e executar serviços, programas e políticas na área de saúde para a **Prevenção das Doenças Crônicas Não Transmissíveis**, e envolve os seguintes aspectos:

- Tomar decisões com base na melhor ou mais rigorosa evidência científica disponível.
- Aplicar modelos de planejamento e melhoria da qualidade de programas de saúde pública.
- Envolver a comunidade na avaliação e no processo de tomada de decisão.
- Adaptar e implementar intervenções baseadas em evidências para contextos e populações específicas.
- Conduzir avaliação rigorosa de processos, programas e serviços.

### IMPORTÂNCIA E DISPONIBILIDADE RELACIONADAS À TDBE

Neste bloco gostaríamos de saber quais são as habilidades da Secretaria do seu município relacionadas à **Tomada de Decisões Baseadas em Evidências (TDBE)**. Em uma escala de 1 a 10 (1 para **Nada Importante e/ou Nada Disponível** e 10 para **Muito Importante e/ou Muito Disponível**), responda sobre a importância e disponibilidade das seguintes habilidades em sua equipe.

#### 16. Priorização (Saber priorizar programas e políticas)

16.1. Nada importante      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      Muito importante      Q16.1\_\_\_\_

16.2. Nada disponível      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      Muito disponível      Q16.2\_\_\_\_

#### 17. Adaptação de intervenções (Saber adaptar programas e políticas para a realidade local)

17.1. Nada importante      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      Muito importante      Q17.1\_\_\_\_

17.2. Nada disponível      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      Muito disponível      Q17.2\_\_\_\_

#### 18. Quantificação do problema (Entender a aplicação da epidemiologia descritiva na quantificação de um problema de saúde (Ex.: pessoa, lugar e tempo))

18.1. Nada importante      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      Muito importante      Q18.1\_\_\_\_

18.2. Nada disponível      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      Muito disponível      Q18.2\_\_\_\_

#### 19. Tipo de avaliação (Entender os diferentes delineamentos para avaliação de programas ou políticas)

19.1. Nada importante      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      Muito importante      Q19.1\_\_\_\_

19.2. Nada disponível      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      Muito disponível      Q19.2\_\_\_\_

#### 20. Avaliação quantitativa (Entender o uso de abordagens quantitativas de avaliação (Ex.: vigilância e/ou inquéritos)).

20.1. Nada importante      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      Muito importante      Q20.1\_\_\_\_

20.2. Nada disponível      1      2      3      4      5      6      7      8      9      10      Muito disponível      Q20.2\_\_\_\_

#### 21. Avaliação qualitativa (Entender o valor das abordagens qualitativas de avaliação (Ex.: grupos focais, entrevistas com informantes))

21.1. Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muito importante	Q21.1____
21.2. Nada disponível	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muito disponível	Q21.2____
<b>22. Avaliação econômica (Entender como usar dados econômicos no processo de tomada de decisões)</b>												
22.1. Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muito importante	Q22.1____
22.2. Nada disponível	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muito disponível	Q22.2____
<b>23. Planejamento de ações (Entender a importância de desenvolver um plano de ação para alcançar metas e objetivos)</b>												
23.1. Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muito importante	Q23.1____
23.2. Nada disponível	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muito disponível	Q23.2____
<b>24. Avaliação comunitária (Entender como definir problemas de saúde de acordo com as necessidades, demandas e recursos disponíveis na comunidade)</b>												
24.1. Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muito importante	Q24.1____
24.2. Nada disponível	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muito disponível	Q24.2____
<b>25. Comunicação com os políticos locais (Entender a importância da comunicação efetiva com políticos sobre problemas de saúde pública)</b>												
25.1. Nada importante	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muito importante	Q25.1____
25.2. Nada disponível	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	Muito disponível	Q25.2____

### DISSEMINAÇÃO RELACIONADA À TDBE

Agora, assinale o quanto você concorda ou discorda em relação à *Tomada de Decisões Baseada em Evidências (TDBE)* por parte da sua Secretaria. (Em uma escala de 1 a 7, considere 1 para **Discordo Totalmente** e 7 para **Concordo Totalmente**).

#### Experiências com a *Tomada de Decisões Baseadas em Evidências*

26. No meu trabalho, eu tenho tempo para identificar programas e práticas baseadas em evidências.

Discordo totalmente      1      2      3      4      5      6      7      Concordo totalmente      Q26.\_\_\_\_

27. No meu trabalho, eu uso a *Tomada de Decisões Baseadas em Evidências*.

Discordo totalmente      1      2      3      4      5      6      7      Concordo totalmente      Q27.\_\_\_\_

28. Meu supervisor / Minha supervisora direto(a) espera que eu use a *Tomada de Decisões Baseadas em Evidências*.

Discordo totalmente      1      2      3      4      5      6      7      Concordo totalmente      Q28.\_\_\_\_



Discordo totalmente	1	2	3	4	5	6	7	Concordo totalmente	Q37.____
38. Existe distribuição de recursos por parte da Secretaria Estadual de Saúde direcionada ao uso da <i>Tomada de Decisões Baseadas em Evidências</i> (treinamentos, financiamentos, seminários, etc.).									
Discordo totalmente	1	2	3	4	5	6	7	Concordo totalmente	Q38. ____
39. O Ministério da Saúde apoia o uso da <i>Tomada de Decisões Baseadas em Evidências</i> .									
Discordo totalmente	1	2	3	4	5	6	7	Concordo totalmente	Q39.____
40. Existe distribuição de recursos por parte do Ministério da Saúde direcionada ao uso da <i>Tomada de Decisões Baseadas em Evidências</i> (treinamentos, financiamentos, seminários, etc.).									
Discordo totalmente	1	2	3	4	5	6	7	Concordo totalmente	Q40.____
<b>USO DE RECURSOS DE INFORMAÇÃO RELACIONADOS À TDBE</b>									
Q41. Os recursos abaixo estão <b>disponíveis na secretaria</b> ? Marque todas as alternativas que se aplicam.									
Q41.1. Pessoal treinado na área da <i>Tomada de Decisões Baseadas em Evidências</i>	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim		Q41.1.____				
Q41.2. Computador em funcionamento e acessível	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim		Q41.2.____				
Q41.3. Internet de alta velocidade	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim		Q41.3.____				
Q41.4. Telefone disponível para ligações locais, interurbanos e para celulares	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim		Q41.4.____				
Q41.5. Livros, relatórios ou artigos científicos na área de prevenção de DCNTs	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim		Q41.5.____				
Q41.6. Acesso a bibliotecas virtuais com conteúdos de saúde	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim		Q41.6.____				
Q42. Com que frequência a equipe da Secretaria Municipal de Saúde usa manuais, diretrizes, normas técnicas oficiais relacionadas às <b>Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs)</b> ?									
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Quase Nunca		<input type="checkbox"/> Quase Sempre		<input type="checkbox"/> Sempre		Q.42.____		
Q43. Com que frequência a equipe da Secretaria Municipal de Saúde usa periódicos científicos relacionados às <b>Doenças Crônicas Não Transmissíveis (DCNTs)</b> ?									
<input type="checkbox"/> Nunca	<input type="checkbox"/> Quase Nunca		<input type="checkbox"/> Quase Sempre		<input type="checkbox"/> Sempre		Q.43.____		
Q44. O que dificulta o uso dos periódicos científicos:									
Q44.1. Custo (assinatura de periódicos é muito cara)	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim		Q44.1.____				
Q44.2. Dificuldade em identificar os melhores periódicos	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim		Q44.2.____				
Q44.3. Falta de tempo para leitura	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim		Q44.3.____				
Q44.4. O excesso de informação dificulta a escolha	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim		Q44.4.____				
Q44.5. Os artigos têm muita ênfase em estatística	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim		Q44.5.____				
Q44.6. Os assuntos dos artigos são pouco relevantes para meu trabalho	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim		Q44.6.____				
Q44.7. Pouca familiaridade com a linguagem científica	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim		Q44.7.____				
Q44.8. Pouco acesso aos periódicos	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim		Q44.8.____				
Q44.9. Outros (especificar):_____	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim		Q44.9.____				
Q44.10. Outros (especificar):_____	<input type="checkbox"/> Não		<input type="checkbox"/> Sim		Q44.10.____				

Q45. Com que frequência você usa estes recursos para obter informação sobre as evidências em saúde pública?	
Q45.1. Congressos acadêmicos / científicos	
<sup>0</sup> [   ] Nunca <sup>1</sup> [   ] Quase Nunca <sup>2</sup> [   ] Quase Sempre <sup>3</sup> [   ] Sempre	Q45.1.____
Q45.2. Outros congressos / conferências	
<sup>0</sup> [   ] Nunca <sup>1</sup> [   ] Quase Nunca <sup>2</sup> [   ] Quase Sempre <sup>3</sup> [   ] Sempre	Q45.2.____
Q45.3. Jornais	
<sup>0</sup> [   ] Nunca <sup>1</sup> [   ] Quase Nunca <sup>2</sup> [   ] Quase Sempre <sup>3</sup> [   ] Sempre	Q45.3.____
Q45.4. Manuais/Diretrizes da Secretaria Estadual da Saúde ou Ministério da Saúde	
<sup>0</sup> [   ] Nunca <sup>1</sup> [   ] Quase Nunca <sup>2</sup> [   ] Quase Sempre <sup>3</sup> [   ] Sempre	Q45.4.____
Q45.5. Mídia social (Facebook, Twitter)	
<sup>0</sup> [   ] Nunca <sup>1</sup> [   ] Quase Nunca <sup>2</sup> [   ] Quase Sempre <sup>3</sup> [   ] Sempre	Q45.5.____
Q45.6. Relatórios científicos	
<sup>0</sup> [   ] Nunca <sup>1</sup> [   ] Quase Nunca <sup>2</sup> [   ] Quase Sempre <sup>3</sup> [   ] Sempre	Q45.6.____

Agradecemos a sua colaboração e participação em nossa pesquisa. Em caso de dúvidas entre em contato com nosso grupo de pesquisas GPAQ, por meio do telefone (41) 3271-2503 ou pelo e-mail: evidencias@pucpr.br

Hora Final: \_\_\_\_\_h \_\_\_\_\_min.

### ANEXO 3 – TERMO DE CONCENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO

Eu, \_\_\_\_\_, *nacionalidade* \_\_\_\_\_, *idade* \_\_\_\_\_, *estado civil* \_\_\_\_\_, *profissão* \_\_\_\_\_, *endereço* \_\_\_\_\_, *RG* \_\_\_\_\_), fui convidado a participar do estudo sobre “práticas locais e o uso de evidências na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis no Estado do Paraná”, o qual tem como objetivo caracterizar a capacidade e as ações relativas à atenção básica para prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis nos municípios do Estado do Paraná. Trata-se de uma pesquisa que tem como foco principal as ações desenvolvidas para controle e prevenção das doenças crônicas não transmissíveis. Inicialmente minha participação no estudo será em participar de um grupo que discutirá os principais resultados do estudo e indicará quais poderão se aplicados em práticas em outros municípios do Paraná. Neste reunião farei para de um grupo de discussão sobre o tema do estudo. Fui informado de que, após a conclusão da pesquisa receberei o relatório dos principais achados do estudo e orientações sobre as estratégias efetivas usadas por outros municípios do estado para o controle destas doenças. Também fui orientado que minha privacidade será respeitada, ou seja, meu nome ou qualquer outro dado ou elemento que possa, de qualquer forma, me identificar, será mantido em sigilo. Sei que posso me recusar a participar do estudo, ou retirar meu consentimento a qualquer momento, sem precisar justificar, e de, por desejar sair da pesquisa, não sofrerei qualquer prejuízo à assistência que venho recebendo. É assegurada a assistência durante toda pesquisa, bem como me é garantido o livre acesso a todas as informações e esclarecimentos adicionais sobre o estudo e suas consequências, enfim, tudo o que eu queira saber antes, durante e depois da minha participação. Fui informado de que em caso de dúvida posso entrar em contato com coordenador do estudo (Prof. Rodrigo Reis), pelo telefone 41-3271 2503 ou pelo e-mail crrech@hotmail.com ou em caso de reclamação ou qualquer tipo de denúncia sobre este estudo devo ligar para o CEP PUCPR (41) 3271-2292 ou mandar um email para nep@pucpr.br

Enfim, tendo sido orientado quanto ao teor de todo o aqui mencionado e compreendido a natureza e o objetivo do já referido estudo, manifesto meu livre consentimento em participar, estando totalmente ciente de que não há nenhum valor econômico, a receber ou a pagar, por minha participação.

, ... de ... de 2012.

---

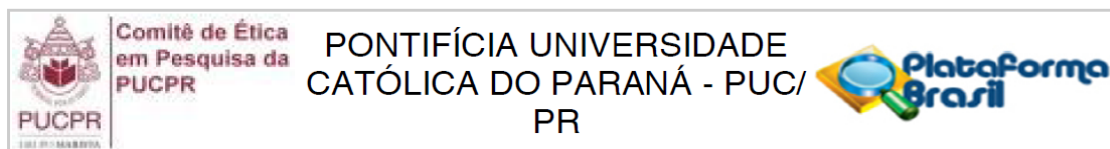
*Nome e assinatura do sujeito da pesquisa*

---

*Nome(s) e assinatura(s) do(s) pesquisador(es) responsável(responsáveis)*

## ANEXO 4- COMITÉ DE ÉTICA





## PARECER CONSUBSTANCIADO DO CEP

### DADOS DO PROJETO DE PESQUISA

**Título da Pesquisa:** Práticas Locais e o Uso de Evidências na Prevenção de Doenças Crônicas Não Transmissíveis no Estado do Paraná

**Pesquisador:** Rodrigo Siqueira Reis

**Área Temática:** Área 9. A critério do CEP.

**Versão:** 2

**CAAE:** 06473712.3.0000.0100

**Instituição Proponente:** Pontifícia Universidade Católica do Paraná

### DADOS DO PARECER

**Número do Parecer:** 130.240

**Data da Relatoria:** 17/10/2012

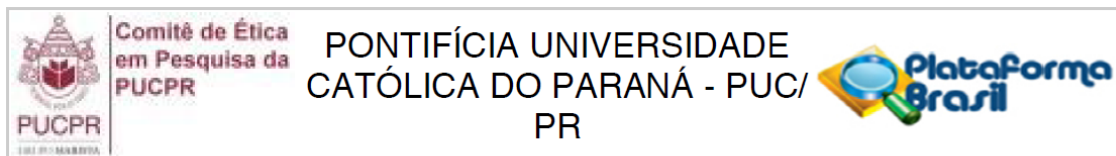
#### Apresentação do Projeto:

As doenças crônicas não transmissíveis (DCNT) estão rapidamente se tornando prioridade em saúde pública no Brasil e políticas para sua prevenção e controle têm sido implementadas. Contudo, lacunas relevantes permanecem na atenção básica (AB), uma vez que somente agora aspectos importantes do modelo de cuidados crônicos estão começando a ser incorporados. Este projeto envolve uma série de estudo tendo a prática de saúde pública baseada em evidências como fundamento para a prevenção e controle da DCNT por meio da AB. Serão desenvolvidos estudos com métodos quantitativos e qualitativos envolvendo um estudo de validade e fidedignidade, um inquérito com gestores de todos os municípios do Estado do Paraná (n-399), uma série de estudos de caso em oito municípios e ainda uma abordagem inovadora para desenvolver estratégias e ferramentas para disseminação de resultados. O conjunto de informações e produtos obtidos permitirão o aprimoramento das ações da AB para a prevenção e controle das DCNT no Estado do Paraná. Como resultado a população do Estado que é usuária do SUS irá se beneficiar uma vez que terá acesso a serviços mais efetivos tanto para portadores de DCNT quanto para aqueles que apresentam fatores de risco para seu desenvolvimento.

#### Objetivo da Pesquisa:

Desenvolver um instrumento de pesquisa para inventariar a capacidade e as ações da relativas à atenção básica para prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis nos municípios do Estado do Paraná. Caracterizar a capacidade e as ações relativas à atenção básica para prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis nos municípios do Estado do

**Endereço:** Rua Imaculada Conceição - 1155 - 3º andar  
**Bairro:** Prédio Ad. Prado Velho **CEP:** 80.215-901  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3271-2292 **Fax:** (41)3271-1387 **E-mail:** nep@pucpr.br



ParanáDesenvolver uma tipologia dos municípios do Estado do Paraná em relação à capacidade e às ações relativas à atenção básica para prevenção e controle das doenças crônicas não transmissíveis. Divulgar de forma ativa os resultados e os materiais do estudo junto às secretarias municipais de saúde do Estado do Paraná.

**Avaliação dos Riscos e Benefícios:**

Riscos mínimos previstos e preservados. Benefícios para os participantes, existentes.

**Comentários e Considerações sobre a Pesquisa:**

Pesquisa de relevante aspecto social.

**Considerações sobre os Termos de apresentação obrigatória:**

Termos de Consentimento Livre e Esclarecido adequados aos grupos participantes.

**Recomendações:**

Na utilização de prontuários ou bases de dados é necessário a utilização do Termo de Autorização publicado no "site" deste CEP.

**Conclusões ou Pendências e Lista de Inadequações:**

O projeto atende ao preconizado pela Res. 196/96 da CNS do Ministério da Saúde.

**Situação do Parecer:**

Aprovado

**Necessita Apreciação da CONEP:**

Não

**Considerações Finais a critério do CEP:**

CURITIBA, 24 de Outubro de 2012

---

**Assinador por:**  
**NAIM AKEL FILHO**  
**(Coordenador)**

**Endereço:** Rua Imaculada Conceição - 1155 - 3º andar  
**Bairro:** Prédio Ad. Prado Velho **CEP:** 80.215-901  
**UF:** PR **Município:** CURITIBA  
**Telefone:** (41)3271-2292 **Fax:** (41)3271-1387 **E-mail:** nep@pucpr.br

## APÊNDICES

APÊNDICE 1– MATRIZ CONCEITUAL DO INSTRUMENTO PARA ETPA SEGUNDA ETAPA)



<b><i>Prioridades de saúde nos municípios da sua regional de saúde</i></b>	
<b>Objetivo:</b>	<b>Questões</b>
Identificar as prioridades de saúde nos Municípios e verificar a prioridade de prevenção de DCNT	<ol style="list-style-type: none"> <li>1. Nos municípios da sua regional de saúde, quais são as prioridades de saúde?</li> <li>2. Nos municípios da sua regional de saúde, quais ações são realizadas para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis?</li> <li>3. O que poderia tornar prioritária, a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis nos municípios da sua regional de saúde?</li> </ol>
<b><i>Conhecimento de intervenções para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis baseada em evidências</i></b>	
Identificar o conhecimento de intervenções baseadas em evidências para prevenção de DCNT.	<ol style="list-style-type: none"> <li>4. O (a) senhor (a) poderia me descrever as ações para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, nos municípios da sua regional de saúde?</li> <li>5. O (a) senhor (a) conhece ou ouviu falar sobre intervenções baseada em evidências?</li> <li>6. Na sua regional de saúde, o quanto o uso de evidências está inserido nas ações para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis? Em uma escala de 1 a</li> </ol>

	<p>10 1 para pouco utilizado e 10 para muito utilizado), responda sobre o uso de evidências em programas de prevenção de <i>doenças crônicas</i> não transmissíveis.</p> <p>Pouco utilizado 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito utilizado</p>
<b>Uso de Tomada de decisão baseada em evidências (TDBE)</b>	
Descrever o processo de TDBE em programas de prevenção de DCNT	<p>7. O (a) senhor (a) tem conhecimento sobre a forma como os programas para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, são criados e elaborados?</p> <p>8. Nos municípios da sua regional de saúde, em que há programas para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, como é realizado o processo de tomada de decisão baseada em evidência?</p> <p>9. Os programas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, são coerentes com as principais necessidades da população?</p> <p>10. Há avaliação dos programas?</p>
<b>Barreiras para Tomada de decisão baseada em evidências (TDBE)</b>	
Identificar as principais barreiras que dificultam o uso de TDBE	<p>11. Qual (is) as principais dificuldades que o senhor (a) identifica, para o uso de tomada de decisão baseada em evidência?</p>
<b>Apoio aos programas para <i>prevenção de doenças crônicas</i> não transmissíveis baseada em evidências.</b>	
Caracterizar o apoio do estado e da regional de saúde, para implementar programas de prevenção de doenças crônicas	<p>12. A secretária estadual de saúde, apoia o uso de ações baseada em evidências nos serviços de saúde, programas e políticas? Como?</p> <p>13. O (a) senhor (a) apoia e incentiva os municípios da sua regional de saúde,</p>

baseada em evidências.	<p>utilizarem tomada de decisão baseada em evidências? Como?</p> <p>14.O (a) senhor (a) tem acesso, a pesquisas (periódicos científicos), com informações sobre intervenções baseada em evidências? Qual o tipo de acesso? Qual (is) revista(s) científica (s)?</p> <p>15.O (a) senhor (a), percebe a necessidade de capacitação dos profissionais da secretária dos municípios para o melhor uso da tomada de decisão baseada em evidência? Se sim, na sua opinião, qual (is) profissionais deveriam passar por esta capacitação?</p>
<b>Destaque positivo e outro que apresenta dificuldades</b>	
Identificar dois municípios que promovam programas para prevenção de DCNT (ETAPA 3)	<p>16.O senhor poderia nos apontar, um município da sua regional de saúde que se destaca e outro que relata dificuldades na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis?</p>
<b>Informação pessoais</b>	
Descrever as características dos presidentes das regionais de saúde	<p>17.Sexo, Idade, Formação profissional, Especialização em saúde pública, Cargo atual, Tempo de serviço no cargo, Responsabilidades primárias do cargo, Regional de saúde.</p>

*APÊNDICE 2 - ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA QUALITATIVA (ETAPA 2)*

## PRÁTICAS LOCAIS E O USO DE EVIDÊNCIAS NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO ESTADO DO PARANÁ

 <small>Grupo de Pesquisa em Atividade Física e Qualidade de Vida</small>	 <b>PUCPR</b>	ID BD: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>																														
Aplicador(a): _____		Data: ____/____/____																														
		Horário: ____ h ____ min.																														
Município: _____	Regional: _____	E-mail: _____																														
Telefone fixo: _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> Nome da respondente: <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> <tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr> </table> </div>																															
Telefone celular: _____																																

### Prezado(a) Senhor(a)

Você está participando de um estudo sobre uso de evidência e práticas na área prevenção de doenças crônicas não transmissíveis no Estado do Paraná. Este é um projeto com apoio do Ministério da Saúde, Fundação Araucária e Secretaria Estadual de Saúde, que é coordenado pelo Grupo de Pesquisa em Atividade Física e Qualidade de Vida, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. As questões deste instrumento objetivam levantar informações sobre esta temática da sua regional de saúde. A sua participação é voluntária, todas as respostas serão mantidas em sigilo e somente utilizadas para fins de pesquisa e sua identificação será preservada.

### BLOCO 1: INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Q1. Qual é o seu <b>sexo</b> ? <sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Feminino <sup>2</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Masculino		
Q2. Qual é a sua <b>idade</b> ? _____ Anos		
Q3. Qual é a sua <b>formação profissional</b> ? Assinale todas as alternativas que se aplicam.		
Q3. _____ -		
Q4. Você possui <b>Pós-Graduação</b> na área de <b>Saúde Pública</b> ? Assinale todas as alternativas que se aplicam.		
Q4.1. Especialização	<sup>0</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Não	<sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Sim
Q4.2. Mestrado Acadêmico	<sup>0</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Não	<sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Sim
Q4.3. Mestrado Profissional	<sup>0</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Não	<sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Sim
Q4.4. Doutorado	<sup>0</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Não	<sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Sim
Q5. Qual é seu o <b>cargo/função</b> atual?		
_____		
Q6. Há <b>quanto tempo</b> você está <b>neste cargo</b> ?		
_____ Anos _____ Meses		
Q7. Qual (is) são as <b>reponsabilidade primárias</b> do seu cargo?		
_____		

### BLOCO 2: PRIORIDADES DE SAÚDE NA REGIONAL DE SAÚDE

Q08. Nos municípios da sua regional de saúde, quais são as prioridades de saúde?
Q09. Nos municípios da sua regional de saúde, quais ações são realizadas para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis?
Q10. O que poderia tornar prioritária, a prevenção de doenças crônicas não transmissíveis nos municípios da sua regional de saúde?



**BLOCO 3: CONHECIMENTO DE INTERVENÇÕES PARA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS BASEADA EM EVIDÊNCIAS.**

Q11. O (a) senhor (a) poderia me descrever as ações para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, nos municípios da sua regional de saúde?

Q12. O (a) senhor (a) conhece ou ouviu falar sobre intervenções baseada em evidências?

Q13. Na sua regional de saúde, o quanto o uso de evidências está inserido nas ações para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis? Em uma escala de 1 a 10 (1 para pouco utilizado e 10 para muito utilizado), responda sobre o uso de evidências em programas de prevenção de *doenças crônicas não transmissíveis*.

Q13.1. Pouco Utilizado    1    2    3    4    5    6    7    8    9    10    Muito Utilizado

**BLOCO 4: USO DE TOMADA DE DECISÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS (TDBE)**

Q14. O (a) senhor (a) tem conhecimento sobre a forma como os programas para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, são criados e elaborados?

Q15. Nos municípios da sua regional de saúde, em que há programas para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, como é realizado o processo de tomada de decisão baseada em evidência?

Q16. Os programas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis, são coerentes com as principais necessidades da população?

Q17. Há avaliação dos programas?

**BLOCO 5: BARREIRAS PARA O USO TOMADA DE DECISÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS (TDBE)**

Q18. Qual (is) as principais dificuldades que o (a) senhor (a) identifica, para o uso de tomada de decisão baseada em evidência?

**BLOCO 6: APOIO DA SECRETÁRIA ESTADUAL E MUNICIAPL PARA OS PROGRAMAS DE PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS BASEADA EM EVIDÊNCIAS.**

Q19 A secretária estadual de saúde, apoia o uso de ações baseada em evidências nos serviços de saúde, programas e políticas? Como?

Q20. O (a) senhor (a) apoia e incentiva os municípios da sua regional de saúde, utilizarem tomada de decisão baseada em evidências? Como?



Q21. O (a) senhor (a) tem acesso, a pesquisas (periódicos científicos), com informações sobre intervenções baseada em evidências? Qual o tipo de acesso? Qual (is) revista(s) científica (s)?

Q22. O (a) senhor (a), percebe a necessidade de capacitação dos profissionais da secretária dos municípios para o melhor uso da tomada de decisão baseada em evidência? Se sim, na sua opinião, qual (is) profissionais deveriam passar por esta capacitação?

Q23. O (a) senhor (a) poderia nos apontar, um município da sua regional de saúde que se destaca e outro que relata dificuldades na prevenção de doenças crônicas não transmissíveis?

*APÊNDICE 3 - ENTREVISTA SEMI ESTRUTURADA QUALITATIVA (ETAPA 3)*

## PRÁTICAS LOCAIS E O USO DE EVIDÊNCIAS NA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS NO ESTADO DO PARANÁ

 <small>Grupo de Pesquisa em Atividade Física e Qualidade de Vida</small>	 <b>PUCPR</b>	ID BD: <span style="border: 1px solid black; display: inline-block; width: 150px; height: 30px; vertical-align: middle;"></span>																																													
Aplicador(a): _____		Data: ____/____/____																																													
		Horário: ____ h ____ min.																																													
Município: _____	Regional: _____	E-mail: _____																																													
Telefone fixo: _____	<div style="border: 1px solid black; padding: 5px;"> <p style="text-align: center; margin: 0;">Nome da respondente:</p> <table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse; text-align: center;"> <tr><td colspan="15"></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> <tr><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td><td></td></tr> </table> </div>																																														
Telefone celular: _____																																															

### Prezado(a) Senhor(a)

Você está participando de um estudo sobre uso de evidência e práticas na área prevenção de doenças crônicas não transmissíveis no Estado do Paraná. Este é um projeto com apoio do Ministério da Saúde, Fundação Araucária e Secretaria Estadual de Saúde, que é coordenado pelo Grupo de Pesquisa em Atividade Física e Qualidade de Vida, da Pontifícia Universidade Católica do Paraná. As questões deste instrumento objetivam levantar informações sobre esta temática da sua regional de saúde. A sua participação é voluntária, todas as respostas serão mantidas em sigilo e somente utilizadas para fins de pesquisa e sua identificação será preservada.

### BLOCO 1: INFORMAÇÕES SOCIODEMOGRÁFICAS

Q1. Qual é o seu <b>sexo</b> ? <sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Feminino <sup>2</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Masculino		
Q2. Qual é a sua <b>idade</b> ? _____ Anos		
Q3. Qual é a sua <b>formação profissional</b> ? Assinale todas as alternativas que se aplicam. Q3. _____ -		
Q4. Você possui <b>Pós-Graduação</b> na área de <b>Saúde Pública</b> ? Assinale todas as alternativas que se aplicam.		
Q4.1. Especialização	<sup>0</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Não	<sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Sim
Q4.2. Mestrado Acadêmico	<sup>0</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Não	<sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Sim
Q4.3. Mestrado Profissional	<sup>0</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Não	<sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Sim
Q4.4. Doutorado	<sup>0</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Não	<sup>1</sup> [ <input type="checkbox"/> ] Sim
Q5. Qual é seu o <b>cargo/função</b> atual? _____		
Q6. Há <b>quanto tempo</b> você está <b>neste cargo</b> ? _____ Anos _____ Meses		
Q7. Qual (is) são as <b>reponsabilidade primárias</b> do seu cargo? _____		

### BLOCO 2: PRIORIDADES DE SAÚDE NA REGIONAL DE SAÚDE

Q08. Em uma escala de 1 a 10 onde (1 é pouco prioritário e 10 é muito prioritário) na gestão atual do seu município quais são as prioridades de saúde?

**8.1 Doenças transmissíveis (sarampo, hepatite "b,c" rubéola, Poliomielite, coqueluche e outras)**

Pouco prioritário 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito prioritário

8.2 Doenças crônicas não transmissíveis (diabetes, hipertensão arterial, alguns tipos de câncer e Obesidade)  
Pouco prioritário 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito prioritário

8.3 Saúde do Idoso Pouco prioritário 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito prioritário

8.4 Saúde Mental Pouco prioritário 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito prioritário

8.5 Saúde bucal Pouco prioritário 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito prioritário

8.6 Saúde da criança Pouco prioritário 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito prioritário

8.7 Saúde da mulher Pouco prioritário 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito prioritário

8.8 Combate a Dengue Pouco prioritário 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito prioritário

8.9 Promoção da atividade física Pouco prioritário 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito prioritário

### **BLOCO 3: CONHECIMENTO DE INTERVENÇÕES PARA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS BASEADA EM EVIDÊNCIAS.**

Q09. O senhor (a) conhece ou ouvir falar, sobre intervenções baseada em evidências?

<sup>0</sup>[ ] Não ( pular q16) <sup>1</sup>[ ] Sim

**Se sim:** O (a) senhor (a) poderia me descrever as intervenções?

Q.10 No seu município o quanto o uso de evidências está inserido em ações para prevenção de doenças crônicas não transmissíveis? Em uma escala de 1 a 10 onde (1 é pouco utilizado e 10 é muito utilizado).

Pouco utilizado 1 2 3 4 5 6 7 8 9 10 Muito utilizado

### **BLOCO 4: BARREIRAS PARA TOMADA DE DECISÃO BASEADA EM EVIDÊNCIAS (TDBE)**

Q11. Qual (is) as principais (al) dificuldades que o (a) senhor (a) identifica, para o uso de tomada de decisão baseada em evidência?

- *Financiamento*
- *Equipe de trabalho*
- *Estrutura*
- *Falta de tempo*

### **BLOCO 5: APOIO AOS PROGRAMAS PARA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS BASEADA EM EVIDÊNCIAS**

Q12. A secretaria estadual de saúde apoia o uso de ações baseada em evidências nos serviços de saúde, programas e

políticas?

<sup>0</sup>[ ☐ ] Não (pular para q12) <sup>1</sup>[ ☐ ] Sim

Se sim: Como? \_\_\_\_\_

Q13. O (a) senhor (a) apoia e incentiva a equipe de trabalho do seu município, utilizar tomada de decisão baseada em evidências?

<sup>0</sup>[ ☐ ] Não ( pular para q13) <sup>1</sup>[ ☐ ] Sim

Se sim Como? \_\_\_\_\_

Q14. O (a) senhor (a) percebe a necessidade de pessoal técnico para o uso de tomada de decisão baseada em evidência?

Exemplo: (treinamento de profissionais, planejamento para ações baseada em evidências)

<sup>0</sup>[ ☐ ] Não ( pular para q14) <sup>1</sup>[ ☐ ] Sim

Se sim: Quais profissionais poderiam participar desta capacitação?

\_\_\_\_\_

Q15. No seu município o (a) senhor (a) recebe apoio financeiro para o uso de tomada de decisão baseada em evidência?

<sup>0</sup>[ ☐ ] Não (pular para q15) <sup>1</sup>[ ☐ ] Sim

Se sim: Quais recursos são disponibilizados?

\_\_\_\_\_

## ***BLOCO 6: FASES DA EVIDÊNCIA PARA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS***

Q16. O (a) senhor (a) poderia me descrever como é o processo de planejamento, desenvolvimento e implementação dos programas de prevenção de doenças crônicas não transmissíveis no seu município?

## ***BLOCO 7: FASES DA EVIDÊNCIA PARA PREVENÇÃO DE DOENÇAS CRÔNICAS NÃO TRANSMISSÍVEIS***

Q17. O (a) senhor (a) poderia me descrever como é o processo de planejamento, desenvolvimento e implementação dos programas de promoção da atividade física no seu município?